

様式 8.

アルコール中毒・依存症関係

診 断 書

(徳島県公安委員会提出用)

1 氏 名	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	生 (歳)
住 所					
2 医学的判断	<input type="radio"/> 病名				
	<input type="radio"/> 総合所見 (現病歴、現在症、重症度、治療経過、治療状況など)				
3 現時点での病状 (改善の見込み等) についての意見	ア アルコール依存症 (国際疾病分類 (ICD-10) における F10.2 から F10.9 ま でに該当する者) について断酒を継続しかつアルコール使用による精神病性障害や健忘症候 群、残遺性障害及び遅発性の精神病性障害 (アルコール幻覚症、認知症、コルサコフ症候群 等) のない状態を続け、再飲酒するおそれが低いと認められる。(A)				
	イ 「(A)」とまではいえないが、6月以内に「(A)」と診断できることが見込まれる。				
	ウ 上記ア又はイのいずれにも該当しない。				
4 その他特記すべき事項					

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名