

様式 8.

アルコール中毒・依存症関係
(徳島県公安委員会提出用)

診 断 書

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
住 所		日	生 (歳)
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。
病院又は診療所の名称・所在地

年 月 日

担当診療科名

担当医師氏名