

診 断 書

住 所	佐賀市城内1-〇-〇		
氏 名	佐賀 太郎		
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	年 令	〇〇 才
上記の者について、下記のとおり診断します。			
記			
1 精神機能の障害	<input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし		
	※「明らかに該当なし」の欄に印がない場合には、診断名及びすでに受けている治療の内容並びに現在の状況を必要に応じて記載すること（できるだけ具体的に）		
2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり		
	診断日を記入		
診断年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	※詳細については別紙も可	
病院・診療所等の名称	薬務課病院		
病院・診療所等の所在地	佐賀市城内1-〇-〇		
医師氏名	佐賀 三郎		