

診 断 書

住 所  
氏 名

年 月 日生

上記の者は、

- 1 統合失調症
- 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）
- 3 てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害をもたられないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く。）
- 4 1 から 3 までのほか、自己の行為の是非を判別し、若しくはその判別に従って行動する能力を失わせ、若しくは著しく低下させる症状を呈する病気
- 5 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 5 条の 2 第 1 項に規定する認知症
- 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

する（上記 番）  
に該当 ことを診断します。

しない

年 月 日

病院所在地

病院名

医師



備考 1 この診断書を作成した医師

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条第 1 項に規定する精神保健指定医
- 精神科、心療内科、神経内科等を標榜し、2 年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する医師
- 本診断書の作成日より前に 1 回以上、申請者の精神的又は身体的な状況について診断したことがある医師（申請時に申請者に過去の受診歴を証明する物を提示していただく必要があります。）

2 該当する□印の欄内にレ印を付してください。