

診 断 書

〈 毒物及び劇物取締法に基づく登録申請用 〉

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p style="text-align: center;">「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況 (できるだけ具体的に。詳細については別紙も可)</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り</p>				
診断年月日	年 月 日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名			

※ 各項目について、該当する欄 (□) に ✓ (チェック印) を付けてください。