

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日 生

上記の者は、

- | | | |
|---|---|---|
| 1 統合失調症にかかっている者 | 有 | 無 |
| 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）にかかっている者 | 有 | 無 |
| 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さ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。）にかかっている者 | 有 | 無 |
| 4 1から3までのほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力を失わせ、又は著しく低下させる症状を呈する病気にかかっている者 | 有 | 無 |
| 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である者 | 有 | 無 |
| 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者 | 有 | 無 |
| 7 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力がなく、又は著しく低い者（1から6までに該当する者を除く。） | 有 | 無 |

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所 在 地

病（医）院名

診 断 医 師 名