

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、あへん又は覚醒剤の中毒者 | 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

(裏面を参考に以下のチェックをお願いします)

- ☐ 精神保健指定医である。
- ☐ 精神保健指定医ではないが、精神科等を標榜し、2 年以上精神障害の診断又は治療に従事している。
- ☐ かかりつけ医である。

注 1：この様式のほか、上記内容を満たしている診断書であれば形式は問いません。
 注 2：診断書は申請日において 3 か月以内であれば、繰り返し申請の際に添付できます。

(裏)

診断される医師の方へ

銃砲刀剣類所持等取締法（昭和33年法律第6号。）における猟銃等の所持許可等に係る申請に際しては、

- ① 精神保健指定医
- ② 精神保健指定医ではないが、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
- ③ かかりつけ医（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。同じ病院であっても医師が異なる場合は該当しません。）

のいずれかが作成した診断書を添付しなければならないとされております。

このようなことから、診断を行っていただく前に、上記医師の要件に該当するかを確認していただき、該当しない場合は診断できない旨を受診者に説明していただくようお願いいたします。

また、「かかりつけ医」であることは、申請者に過去の受診歴を証明するもの（例えば、初診日が記載された診察券、過去の領収書等）の提示を求めて確認を行うこととしておりますが、これらにより確認を行うことが困難な場合は、診断書を作成した医師に照会をするなどして確認することとしておりますので、その際は御協力をお願いいたします。

(問合せ先)

秋田県警察本部生活安全部

生活安全企画課営業支援指導係

☎ 018-863-1111

(内線3053～3055)