

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

昭和 年 月 日生

上記の者は、

1. アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の  
中毒者に該当しない旨
2. 精神機能の障害により確認事務を適性に行うに当たって  
必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができ  
ない者に該当しないことが明らかである旨

を診断します。

平成 年 月 日

東京都渋谷区 ○○

医社) ○○

医師

印