診　　断　　書

氏　　名			
生年月日	年　　月　　日生	年　令	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

1　精神機能の障害

☐ なし　　☐ あり

＊ある場合は、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記載してください。）

（　　）

2　麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒

☐ なし　　☐ あり

診断年月日	年　　月　　日

医療機関の所在地及び名称（医師の住所）

医師の氏名

【医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律関係】

精神機能の障害の程度・内容により、業務を適正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るかどうかを専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書きください。

【毒物及び劇物取締法関係】

精神機能の障害の程度・内容により、毒物劇物取扱責任者等の業務を適正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るかどうかを個別に判断しますので具体的にお書きください。