

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者は、次のいずれにも該当しないことを証明する。

- (1) 統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）、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が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。）その他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
- (2) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
- (3) 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

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

㊞