診　断　書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　 名別添１ |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。**１　精神機能**精神機能の障害　　　□明らかに該当なし　　　□専門家による判断が必要※専門家による判断が必要な場合において、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）**２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒**　　　　　　　　　　　□　なし　　　　□　あり |
| 診断年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診　断　者 | 医療機関の所在地医療機関の名称医師の氏名 | （TEL - - ）  |

（※注意：欠格事項欄）

①　欠格事項(1)欄の法とは、麻薬及び向精神薬取締法をいう。

②　欠格条項の(1)欄から(3)欄までには、当該事実がないときは「なし」にチェックし、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合にはその年月日を、(3)欄にあってはその違反の事実及び年月日をチェックすること。

（※注意：診断書記入欄）

①　診断した医師により修正を行う際は、見え消しにて修正前の記載が分かるように修正をしてください。

②　精神機能の障害に関して、「専門家による判断が必要」との診断がある場合は、別途、専門家による診断書が必要になる場合があります。※詳細は、記入上の注意参照

**収入証紙貼付欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

施用者、管理者、小売業者、研究者は４，０００円　卸売業者は１４，８００円

【「専門家による判断が必要」との診断を受けた場合】

別添２

診　　断　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 　名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 　上記の者について、下記のとおり診断します。　※　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、業務への支障の程度（できるだけ具体的に）　・診断名　・現在の具体的な治療内容（治療内容、服薬名及び量）、現状等　・業務への支障の有無　　　□　有　　　　　業務への支障の程度（できるだけ具体的に）　　□　無 |
| 診断年月日 |  　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診　　断　　者 | 施設所在地施 設 名 | 〒  (℡ 　　 ) |
| 診療科名 |  | 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　 |

（※注意：診断書記入欄）

1. 診療科が一致する主治医又は専門医が記載してください。
2. 診断した医師により修正を行う際は、見え消しにて修正前の記載が分かるように修正をしてください。