（アルコールの中毒者関係）

**診　　断　　書 　　　　　(熊本県公安委員会提出用)**

|  |
| --- |
| １　住所　　氏名 男・女 生年月日 Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ 年 月 日生（　　　歳） |
| ２　医学的判断 ○　病名　 ○　総合所見（現病歴、現在症、重症度、治療経過、治療状況など） |
| ３ 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見 ア アルコール依存症（国際疾病分類（ＩＣＤ－１０）におけるＦ１０．２からＦ１０．９までに該当する者）について断酒を継続しかつアルコール使用による精神病性障害や健忘症候群、残遺性障害及び遅発性の精神病性障害（アルコール幻覚症、認知症、コルサコフ症候群等）のない状態を続け、再飲酒するおそれが低いと認められる。 イ　アとはいえないが、６か月（　　か月）以内に上記アと診断できることが見込まれる。 ウ 上記ア・イのいずれにも該当しない。 |
| ４ その他特記すべき事項 |
|

　**専門医・主治医として以上のとおり診断します。 　　　 　　　　　令和 年 月 日**

**病院又は診療所の名称・所在地（電話番号）**

 **担当診療科名**

 **担当医師氏名**