診　　断　　書　　㈠

（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性に関する法律関係）

（毒物及び劇物取締法関係）　（麻薬及び向精神薬取締法関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 　名 |  |
| 生年月日 | 　　　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」に☑をした場合において、診断者が精神科医、心療内科医等の専門家で、被診断者の主治医である場合は、以下の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）及び業務への支障の有無 　　　・診断名 ・治療内容、現状等　　・業務への支障の有無　　**□**有　　　**□**　無　　　＊「業務への支障有」に☑をした場合、業務への支障の程度（できるだけ具体的に）　　業務への支障の程度２ 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒の有無**□**有　　　**□**　無 |
|  　診断年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  診 断 者 |  施設名 所在地 医師名 |   (℡ 　　 )  |

※押印は不要です。

※記載した医師が修正等を行う際は、修正前の記載が分かるように修正をしてください。

※必ずどちらかに☑を記載してください。

※医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性に関する法律に関する申請のみの場合は、「２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒」の診断は不要です。

※専門家による判断が必要と診断され、本診断書における診断医が精神科医又は心療内科医等の専門家でない場合は、診断書㈡により専門家による診断を受けてください。

診　　断　　書　　㈡

【「専門家による判断が必要」との診断を受けた場合】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 　名 |  |
| 生年月日 | 　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

【注意事項】

※精神科医、心療内科医等の専門医が記載してください。

※押印は不要です。

※記載した医師等が修正等を行う際は、修正前の記載が分かるように修正をしてください。