

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>精神機能の障害</p> <p>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。詳細については別紙も可)</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/>				
診断年月日	年 月 日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名	,		

* 各項目について、該当する欄 () にチェック印 () をつけてください。

＜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に基づく許可申請・届出用＞