|  |
| --- |
| 診　　　断　　　書 |
| 住　所  　　氏　名    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生  　　　　１　精神の機能の障害  　　　　　　無　　　　　専門家による判断が必要  　　　　２　麻薬又は覚せい剤の中毒    　　　　　　無　　　　　有  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　診断医師　氏名 |
| 照　　　　　　　合 |
| 医　師、歯科医師  　　　　　　　　　　免許証照合済  　獣医師、薬剤師  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保健所  　　　　　　　　　　取扱者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |