様式第４号（第５関係）

診　　断　　書

受　診　者	住　　所 氏　　名 生年月日　　年　　月　　日生
診 断 項 目	①　統合失調症 ②　そううつ病（そう病及びうつ病を含む。） ③　てんかん（発作が再発するおそれがないもの，発作が再発しても意識障害がもたらされないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く。） ④　①～③のほか，自己の行為の是非を判別し，又はその判別に従って行動する能力を失わせ，又は著しく低下させる症状を呈する病気 ⑤　介護保険法（平成９年法律第123号）第５条の２第１項に規定する認知症 ⑥　アルコール，麻薬，大麻，あへん又は覚醒剤の中毒者 ⑦　自己の行為の是非を判別し，又はその判別に従って行動する能力がなく，又は著しく低い者（①～⑥の該当者を除く。）
所　　見	□　①～⑦のいずれにも該当しない。 □　該当する。（病名，具体的症状等）

上 記 の と お り 診 断 し ま す 。

年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

医　　師

□　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第１項に規定する精神保健指定医

□　精神科，心療内科，神経内科等を標榜し，２年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する医師

□　受診者の心身の状況について診断したことがある医師（かかりつけ医）
（初診日：　　年　　月　　日，直近の診断日：　　年　　月　　日）

備考：１　□欄の該当する箇所にレ印をしてください。
　　２　かかりつけ医の場合は，初診日及び直近の診断日を記入してください。