

診 断 書

氏 名		年 令	才
生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成		

上記の者について、下記のとおり診断します。

1. 精神機能の障がい（麻薬及び向精神薬取締法施行規則第1条の2（注1））

* 下記の口にチェックを付けること

- 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な場合において、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記載して下さい。（注2））

2. 麻薬、若しくは覚醒剤の中毒者でない。

診断年月日	年 月 日
-------	-------------------

病院、診療所又は介護老人保健施設等の 名 称 所 在 地	Tel. () (注3)
医師の氏名	

(注1) **麻薬及び向精神薬取締法施行規則第1条の2**：法第三条第三項第五号の厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により麻薬取扱者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

(注2) 精神機能の障がいの程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

(注3) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。