診　　断　　書

氏　　名

年　　月　　日生

1．　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（出来るだけ具体的に）

2．　麻薬若しくは覚醒剤の中毒　｛なし／あり｝

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名　称

医療機関所在地

（又は医師住所）

医師氏名

麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）		施用者・管理者の所属業務所（　○　印　）	1．病　　院 2．一般診療所 3．歯科診療所 4．飼育動物診療施設
麻　薬　管　理　者	有　・　無	氏　名	
（保健所使用欄） 照　合　確　認	年　　月　　日　　印		

（注意）

令和２年１０月６日付薬生発１００６第１号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知による様式を使用しても差し支えないこと。