診断書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男 | 女 | **＊　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。 |
| 生年月日 |  | 年令 |  |
|  　上記の者について、下記のとおり診断します。 　　精神機能の障害　　　 　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）  　　  　   |
|
|
|
|
| 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 |  　　　　　  |

＜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＞