

診 断 書

(銃砲刀剣類申請用)

住 所

氏 名

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

上記の者は、

- 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から3に掲げるもののほか、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である者
- 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から6に該当する者は除く。)

に該当 する ことを診断します。
 しない

令和 年 月 日

- 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
- 許可を受けようとする者の心身の状況について診断したことがある医師
(初回受診日 前回の受診日 年 月 日)

病院所在地

病 院 名

電話番号

医 師

⑩

備 考 印のある欄については、該当の□内にレ印を付すこと。