

# 診 断 書

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 \_\_\_\_\_

うえの者診断の結果、薬物中毒（麻薬・あへん、大麻、覚せい剤）の症状を認めません。

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)