

(猟銃等所持許可・更新申請用)

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者について、次のとおり診断します。

- 1 統合失調症にかかっている者に
該当する ・ 該当しない
- 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）にかかっている者に
該当する ・ 該当しない
- 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を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。）にかかっている者に
該当する ・ 該当しない
- 4 1から3までのほか、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にかかっている者に
該当する ・ 該当しない
- 5 介護保険法（平成9年法律第123号）第5条の2に規定する認知症である者に
該当する ・ 該当しない
- 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者に
該当する ・ 該当しない

年 月 日

病院所在地

病 院 名

電話番号

医師氏名

- 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
- 過去に診断にかかる者の心身の状況について診断したことがある医師

備考 印のある欄については、該当の□内にレ印を付すこと。