

診 断 書

氏 名			性 別	男	女
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＞