

# 診 断 書

住 所

---

氏 名

---

生 年 月 日 年 月 日生

---

- |                                                                            |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|
| ① 統合失調症であるか                                                                | ある・ない |
| ② そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）であるか                                                  | ある・ない |
| ③ てんかん（発作が発生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。）であるか    | ある・ない |
| ④ 前記①～③に掲げるもののほか、自己の行為の是非を判別し、また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であるか | ある・ない |
| ⑤ 介護保険法第5条の2項に規定する認知症であるか                                                  | ある・ない |
| ⑥ アルコール中毒者であるか                                                             | ある・ない |
| ⑦ 麻薬中毒者であるか                                                                | ある・ない |
| ⑧ 大麻中毒者であるか                                                                | ある・ない |
| ⑨ あへん中毒者であるか                                                               | ある・ない |
| ⑩ 覚せい剤中毒者であるか                                                              | ある・ない |

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所 在 地

病院又は診療所の名称

電 話 番 号  
医 師 氏 名

## ※注意事項

- 銃砲刀剣類所持等取締法第4条の2に規定されている**診断書**を作成できるのは
  - ・**精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医**
  - ・**青森県公安委員会が特に認めた医師**
  - ・**本診断書作成日より前に1回以上、申請者の精神的又は身体的な状況について診断したことがある医師**に限ります。
- 診断書の有効期間は診断日から**3か月以内**のものとなります（申請時に有効であること）。