

# 診 断 書

住所

氏名

生年月日 昭・平 年 月 日

( 満 歳 )

上記の者は以下のいずれの要件にも該当しないことを証明します。

- 1 精神障害又は発作による意識障害をもたらし、その他の狩猟を適正に行うことに支障を及ぼすおそれがある病気として、次に掲げるものにかかっている者
  - (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) まで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
- 2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者
- 3 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

年 月 日

所在地

病院又は診療所の名称

電話番号

医師氏名

印