

診 断 書

(沖縄県公安委員会提出用)

1	患 者 氏 名 生年月日 住 所 性別 男・女 年 月 日 (歳)
2	医学的判断 病 名 (F) 総合所見 (現病歴、現在症、重症度、経過、治療状況など)
3	現時点での症状 (改善の見込み) についての意見 <input type="checkbox"/> (1) アルコール依存症 (国際疾病分類 (ICD-10) におけるF10. 2からF10. 9までに該当する者) であるが、次の全てを満たしていると認められる。 ① 断酒している。 ② アルコール使用による精神病性障害や健忘症候群、残遺性障害及び遅発性の精神病性障害 (アルコール幻覚症、認知症、コルサコフ症候群等) のない状態を続けている。 ③ 再飲酒するおそれが低い。 <input type="checkbox"/> (2) 今後6月 (___月) 以内に上記(1)と診断できることが見込まれる。 <input type="checkbox"/> (3) アルコール中毒者で、上記(1)の <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ を満たしていない。 <input type="checkbox"/> (4) アルコール中毒者ではない。 <input type="checkbox"/> (5) 上記(1)から(4)以外 ※ 上記①及び②といえるためには、最低でも6月以上その状態を継続していることを要し、①の期間については、入院その他の理由により本人の意志によらず飲酒できない環境にいた期間については、断酒を継続している期間として導入しない。
4	その他特記すべき事項

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地・連絡先
 担当診療科名

担当医師

印