

# 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年	月	日
		年 齢		才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p><b>1. 視覚機能</b>          目が見えない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p><b>2. 聴覚機能</b>          耳が聞こえない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p><b>3. 音声・言語機能</b>          口がきけない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p><b>4. 精神機能</b>          精神機能の障害      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p><b>5. 麻薬、大麻又はあへんの中毒</b>                                           <input type="checkbox"/> なし      <input type="checkbox"/> あり</p>				
診 断 年 月 日	令和	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			

**【注意事項】**

※必ずどちらかにを記載してください。

※業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。

なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。

※「該当する」「専門家による判断が必要」にの場合は、該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書を別途用意の上併せて提出してください。

詳細な診断書記載事項

- |  |
|--|
| ①診断名    ②現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）    ③症状の安定性<br>④補助的又は代替的手段があればその具体的内容※本人からの聴取を踏まえて記載してください。<br>⑤業務への支障の程度    ⑥その他特記事項 |
|--|

※本様式は、准看護師免許申請用。職種に応じて診断項目は変わるので、注意してください。

※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。

「該当する」「専門家による判断が必要」に☑がついた場合の詳細な診断書

氏名		性別	男	女		
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年	月	日	年齢	才

上記の者について、下記のとおり診断します。

①診断名：

②現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）：

③症状の安定性：

④補助的又は代替的手段があればその具体的内容：

※本人からの聴取を踏まえて記載してください。

⑤業務への支障の程度：

⑥その他特記事項：

診断年月日	令和	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			
	診療科		氏名		

【注意事項】

※該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が記載してください。