

診 断 書

氏 名			性別	男 女
生 年 月 日	昭和 平成 西暦	年 月 日	年齢	歳
上記の者について、下記のとおり診断します。 1.精神機能 精神機能の障害 ☐ 該当しない ☐ 専門家による判断が必要 2.麻薬、大麻又はあへんの中毒 ☐ なし ☐ あり				
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判断した場合は「該当しない」を選択してください。

※ 「専門家による判断が必要」に☑が入っている場合は、該当項目に係る診療科の主治医または専門医による詳細な診断書（裏面）も必要です。

※ 表面で「専門家による判断が必要」に☑が入っている場合は、以下について専門医の診断を受け提出してください。

「該当しない」に☑が入っている場合、以下は不要です。

表面の者について、下記のとおり診断します。

診断名：

1. 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）

2. 症状の安定性

3. 業務への支障の程度

4. 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	⑩