

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	昭 和 平 成 西 暦	年 月 日	年 令	才

上記の者について、下記のとおり診断します。

1. 視覚機能

目が見えない 該当しない 該当する

2. 聴覚機能

耳が聞こえない 該当しない 該当する

3. 音声・言語機能

口がきけない 該当しない 該当する

4. 精神機能

精神機能の障害 明らかに該当なし 専門家による判断が必要

5. 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒

なし あり

診 断 年 月 日	年 月 日
(元号でご記入願います)	
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施 設等の名称
	〒
	TEL
	氏 名
	印

【注意事項】

※必ずどちらかに☑を記入してください。

※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、専門医による詳細な診断書(下記①～⑤の内容を記入したものを別途ご用意の上、併せて提出してください)。

- ① 診断名
- ② 現在の具体的な治療内容(治療期間、服薬名および量)
- ③ 症状の安定性(補助的又は代替手段があればその具体的内容)
- ④ 業務への支障の程度
- ⑤ その他の特記事項(あれば記入してください)

※診断年月日については、元号で記入してください。(例：令和〇〇年〇〇月〇〇日)

※診断医師の氏名記入欄について、診断医師が自筆で記入したものでない場合には、必ず診断医師個人の印を押印してください。

※本様式は、言語聴覚士免許申請用。資格に応じて診断項目は変わるので、ご注意願います。