

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>1. 視覚機能 目が見えない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>2. 聴覚機能 耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>3. 音声・言語機能 口がきけない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>4. 精神機能 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>5. 麻薬、大麻又はあへんの中毒 <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				
	診 療 科			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（裏面）をあわせて提出してください。

※本様式は、**助産師**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☑の場合は、
該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が裏面を記載して下さい

