

# 診 断 書

氏名				性別	男	女
生年月日	昭和・平成 令和・西暦	年	月	日生	年齢	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 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する						
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						
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						
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						
5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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				
	診療科			氏名		

- ・「病院又は診療所の名称」は、名称を正確に略さないで記載すること。
- ・診断医師の氏名欄について、記名押印又は署名とすること（診断医師本人の自著以外の場合は押印（私印）が必要）。

**【注意事項】**

※必ずどちらかに☑を記載してください。

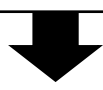
※業務を行うにあたり支障がないと判断した場合は、「該当しない」を選択してください。

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。

※「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。

※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ください**



(准看護師用)

※表面項目の「該当する」「専門家による判断が必要」に☑がついた場合のみ記載してください。

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. 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。

4. 業務への支障の程度

5. 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	

- ・「病院又は診療所の名称」は、名称を正確に略さないで記載すること。
- ・診断医師の氏名欄について、記名押印又は署名とすること（診断医師本人の自著以外の場合は押印（私印）が必要）。

**【注意事項】**

※診療科が一致する主治医又は専門医が記載してください。