診　　断　　書

氏　　名		性　別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成 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. **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　　☐該当しない　　☐専門家による判断が必要

5. **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	
	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、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☑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

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。

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	

【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。