

# 診 断 書

〈准看護師〉

氏 名	松江 譲	性別	男	女
生年月日	平成〇 年 〇 月 〇 日生	年齢	〇〇	歳

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  
 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

**2 聴覚障害**

耳が聞こえない  該当しない  該当する  
 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

**3 音声・言語機能**

口がきけない  該当しない  該当する  
 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

**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  
 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）

**5 麻薬・大麻若しくはあへんの中毒**

なし  
 あり

◆5項目全てにチェックが必要  
 ◇「該当する」「専門家による判断が必要」「あり」にチェックがある場合は専門医による詳細な診断が必要

診断日から1か月以上は無効

診断年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日	※詳細については別紙も可
-------	---------------	--------------

医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	〇〇〇〇病院
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地〇 TEL 〇〇—〇〇
	氏 名	〇〇 〇〇

◆訂正がある場合は二重線で訂正  
 \*修正液（テープ）の使用は不可

◆ゴム印でも可  
 \*医師個人以外の法人印等は不可

〔備 考〕

1. 診断書は発行の日から1か月以内のものを添付すること。