

確認事項<診断書>

※診断書を受け取ったら、その場で記入モレがないかを確認してください
「郵便番号」・「電話番号」・「診療科」は、特にモレが多いです。
記入モレがありましたら、受付の方へ申し出てください。
※修正箇所には先生の訂正®を押印してもらってください

診 断 書

受診する前に、自身で丁寧に記入

氏 名	岐阜 花子			性 別	男	<input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	13年	12月	2日	年 齢	23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、大麻又はあへんの中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
診 断 年 月 日	令和 7 年 3 月 1 日			※受診日は3月1日以降であること		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	〇〇内科クリニック				
	所 在 地	〒 000-0000 岐阜市〇〇 〇-〇 TEL 000-000-0000				
	診 療 科	内科	氏 名	〇〇 〇〇 (印)		

【注意事項】 ※記入漏れ多！！空欄の時は記入を依頼してください ※ゴム印の場合は印鑑を押してもらってください。
※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、**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）。
※複数の職種を申請する場合は、職種毎に診断書が必要です。

「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