

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
<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. 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当しない <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>3. 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒 <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	⑩	

【注意事項】

※必ずどちらかにを記入してください。

※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」「専門家による診断が必要」にの場合は下記を参照してください。

(1) 専門医による詳細な診断書を別途ご用意の上、併せて提出してください。

(2) 診断書には、下記の内容を記入してください。

- ・ 診断名
- ・ 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名および量）
- ・ 症状の安定性（補助的又は代替手段があればその具体的内容）
- ・ 業務への支障の程度
- ・ その他の特記事項（あれば記入してください。）

※診断医師の氏名欄について、診断医師が自筆で記入したものでない場合には、必ず診断医師個人の印を押印してください。

※本様式は、歯科技工士免許申請用。職種に応じて診断項目は変わるので、注意してください。