

診 断 書

氏 名

年 月 日生

上記の者について下記のとおり診断します。

(該当する□欄にチェック☑を付けてください)

精神機能の障害 (医薬品販売の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない)

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)

年 月 日

病院又は診療所の所在地 _____

名 称 _____

医 師 _____