

記入例(診断書)

診 断 書

|      |   |     |     |     |                                    |                         |
|------|---|-----|-----|-----|------------------------------------|-------------------------|
| 氏 名  | 神奈川 太郎  |     |     | 性別  | <input checked="" type="radio"/> 男 | <input type="radio"/> 女 |
| 生年月日 | 昭和<br><input checked="" type="radio"/> 平成<br>令和 | 2 年 | 4 月 | 5 日 | 年齢                                 | 30 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)  
 (「該当する」にチェックのある場合は、詳細が記載されていること)

2 聴覚機能

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)  
 (「該当する」にチェックのある場合は、詳細が記載されていること)

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)  
 (「該当する」にチェックのある場合は、詳細が記載されていること)

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)  
 (「該当する」にチェックのある場合は、詳細が記載されていること)

5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒

なし  
 あり

全ての項目にチェックがあること

診断書発行日から申請書の保健所提出日まで1か月以内であること

|       |          |              |
|-------|----------|--------------|
| 診断年月日 | 令和3年3月1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 | △△病院                               |
|     | 所在地                  | 横浜市〇〇区〇〇町〇-〇<br>TEL (000) 000-0000 |
|     | 氏 名                  | 医師 川崎 一郎                           |

医師の個人名が記載されていること。医療機関名だけや「理事長 〇〇〇」となっている場合は使用できません。

※本様式は、准看護師用