

## 診断書

&lt; 准看護師 &gt;

|  |                          |    |   |   |
|--|--------------------------|----|---|---|
| 氏名   |                          | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日   | 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<br/> <input type="checkbox"/> 目が見えない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する<br/> 該当する場合において補足的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）<br/> _____</p> <p>2 聴覚機能<br/> <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する<br/> 該当する場合において補足的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）<br/> _____</p> <p>3 音声・言語機能<br/> <input type="checkbox"/> 口がきけない      <input type="checkbox"/> 該当しない      <input type="checkbox"/> 該当する<br/> 該当する場合において補足的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）<br/> _____</p> <p>4 精神機能<br/> <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要<br/> 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<br/> （できるだけ具体的に）<br/> _____</p> <p>5 麻薬・大麻もしくはアヘンの中毒<br/> <input type="checkbox"/> なし      <input type="checkbox"/> あり</p> |                          |    |   |   |
| 診断年月日  | 年 月 日                    |    |   |   |
| 医師   | 病院、診療所又は介護施設<br>名称の等老人保健 |    |   |   |
|  | 所在地                      |    |   |   |
|  | 氏名                       | ⑧  |   |   |

## 【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。
- 2 診断書記載事項にかかる訂正印は、診断医師の印であること。