

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1 精神機能の障がい <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要				
2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
診 断 年 月 日	年 月 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			
	所 在 地			
	氏 名	(印)		

*各項目について、該当する欄 (□) にチェック印 (☑) をつけてください。

*精神機能の障がいについて、業務 (裏面参照) を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当なし」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「該当なし」を選択してください。

*「専門家による判断が必要」にチェック印 (☑) がついた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ください。



(裏面)

* 表面の「専門家による判断が必要」に☑がついた場合のみ記載

氏名		性別	男	女
生年月日		年齢		
上記の者に係る精神機能障がいについて、専門家として、下記のとおり診断します。				
1. 診断名				
2. 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）				
3. 症状の安定性（現在の状況）				
4. 登録販売者として、一般用医薬品の販売等の業務*を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の可否（該当する欄に☑をつけてください）				
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否				
5. その他特記事項（あれば記入すること）				
診断年月日	年	月	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			
	所在地			
	氏名	⑩		

* 登録販売者の主な業務

- ・一般用医薬品の販売・授与の直接の業務
- ・一般用医薬品に関する相談対応業務
- ・一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務

- ・一般用医薬品の販売・授与時の情報提供業務
- ・一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- ・一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

【販売従事登録申請用】