

診 断 書

氏 名	「准看護師試験受験資格認定願」記載と同じであること。		
生 年 月 日	西暦 昭和・平成	年	月 日
※外国籍の方は西暦、日本国籍の方は和暦で記載してください。			
上記の者について、下記のとおり診断しま			
外国籍の方は西暦で、日本国籍の方は、 和暦の年号を丸囲みして年を記載する。			
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
2 聴覚機能	耳が聞こえない	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当す
3 音声・言語機能	口がきけない	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当す
4 精神機能	精神機能の障害	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 専門家
5 麻薬、大麻又はあへんの中毒		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
【注意事項】を参照して、 記入すること。 □に☑を入れる。			
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	正式名称を記載。 例)〇〇法人〇〇会〇〇病院	
	所 在 地	TEL	
	氏 名	・医師の氏名の前に職位等の記載をしない。 × 理事長 関西太郎 ○ 関西太郎	

【注意事項】

- * 1～5については、必ずどちらかに☑を記入して下さい。
- * 看護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」を選択して下さい。
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」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、下記を参照してください。
 - (1) 専門家による詳細な診断書を別途ご用意の上、併せて提出して下さい。
 - (2) 診断書には、下記の内容を記入して下さい。
 - ・診断名
 - ・現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）
 - ・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
 - ・その他特記事項（あれば記入して下さい）