

# 診 断 書

|      |          |     |   |   |
|------|----------|-----|---|---|
| 氏 名  |          | 性 別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年   | 月 | 日 |
|      |          | 年 齢 | 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

---

2 聴覚機能 …… 耳が聞こえない  
 該当しない                       該当する

---

3 音声・言語機能 …… 口がきけない  
 該当しない                       該当する

---

4 精神機能 …… 精神機能の障害  
 該当しない                       専門家による判断が必要

---

5 麻薬、大麻又はあへんの中毒  
 なし                                       あり

|     |                     |  |
|-----|---------------------|--|
|     | 診 断 年 月 日           | 平 成                      年                      月                      日 |
| 医 師 | 病院、診療所等の<br>医療機関の名称 |  |
|     | 所 在 地               | 〒  |
|     |                     | TEL  |
|     | 氏 名                 | (印)  |

- ※ 1 日本の国籍を有しない者にあつては、生年月日は西暦で記入してください。
- 2 必ずどちらかにを記入してください。
- 3 「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) 専門医による詳細な診断書を別途用意の上、併せて提出してください。
- (2) 診断書には、下記の内容を記入してください。
- ・ 診断名
  - ・ 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名および量）
  - ・ 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
  - ・ その他の特記事項（あれば記入してください。）
- 4 医師欄の病院、診療所等の名称及び所在地はゴム印を使用してください。
- 5 本様式は、救急救命士免許申請用