診　　断　　書

（准看護師免許申請用）

氏　　名		性　別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	年　齢	才	

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＞診断の理由、及び補助的又は代替的手段があればその具体的内容

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＞診断の理由、及び補助的又は代替的手段があればその具体的内容

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＞診断の理由、及び補助的又は代替的手段があればその具体的内容）

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

＜専門家による判断が必要な場合＞診断の理由、診断名及び現在の具体的な治療の内容並びに現在の状況

5　麻薬、大麻又はあへんの中毒

□なし　　□あり

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	
	所　在　地	TEL
	氏　　名	

【注意事項】

※必ずどちらかに☑を記載してください。

※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。
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判断した場合は「該当しない」を選択してください。

※「該当する」又は「専門家による判断が必要」に☑が付されている場合は、申請者は、該当項目に係る専門医による詳細な診断書をあわせて提出してください。この診断書の様式は任意としますが、記載事項については別紙参考様式を参考としてください。

記入例

診　　断　　書

（准看護師免許申請用）

氏　　名	栃木　花子	性　別	男	(女)
生年月日	昭和 (平成) 令和　〇〇 年 〇 月 〇 日	年　齢	〇〇 才	

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＞診断の理由、及び補助的又は代替的手段があればその具体的内容

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＞診断の理由、及び補助的又は代替的手段があればその具体的内容

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＞診断の理由、及び補助的又は代替的手段があればその具体的内容）

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

＜専門家による判断が必要な場合＞診断の理由、診断名及び現在の具体的な治療の内容並びに現在の状況

5　麻薬、大麻又はあへんの中毒

☑なし　　☐あり

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	△△△病院
	所在地	〇〇市△△町□－□－□　TEL 0000（00）0000
	氏　名	宇都宮　太郎

【注意事項】

※必ずどちらかに☑を記載してください。

※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。
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判断した場合は「該当しない」を選択してください。

※「該当する」又は「専門家による判断が必要」に☑が付されている場合は、申請者は、該当項目に係る専門医による詳細な診断書をあわせて提出してください。この診断書の様式は任意としますが、記載事項については別紙参考様式を参考としてください。