

記入例

看護師、保健師、助産師それぞれ診断書の内容が異なります。
必ず申請する免許に合わせた診断書を使用してください。

診 断 書

氏 名				性 別	男	女
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	1 4 年 5 月 1 日	年 齢	22 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 <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する						
2. 聴覚機能 耳が聞こえない <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する						
3. 音声・言語機能 口がきけない <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する						
4. 精神機能 精神機能の障害 <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要						
5. 麻薬、大麻又はあへんの中毒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
診 断 年 月 日	令和 7 年 3 月 1 日			診断は令和7年3月1日以降に受けること		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	クリニック				
	所 在 地	〒 123-4567 葵区安東 丁目 - TEL 054-2 -				
	診 療 科	内科	氏 名			

【注意事項】 診断書の記載内容に修正がある場合は医師の訂正印が必要です。修正テープは使用不可。

※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、該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書（裏面）をあわせて提出してください。

※本様式は、看護師免許申請用。職種に応じて診断項目は変わるので、注意してください。

※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。

「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、
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下さい

該当する場合は裏面も必ず記載してもらってください