

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和 年 月 日	年 令	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

調剤業務に支障をきたす

明らかに該当しない

専門家による判断が必要

該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)

2 精神機能

精神機能の障害

明らかに該当しない

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において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況(できるだけ具体的に)

3 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	※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	Tel
	氏 名	Ⓔ