

上記の者について、下記のとおり診断します。

診断名：

1. 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）
2. 症状の安定性
3. 補助的又は代替的手段があればその具体的内容
※本人からの聴取を踏まえて記載してください。
4. 業務への支障の程度
5. その他特記事項

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		
	診療科		氏 名		

【注意事項】

※診療科が一致する主治医又は専門医が記載してください。