

健 康 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	年 月 日 生	年 齢	才	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能</p> <p style="padding-left: 20px;">精神機能の障害(該当するものにレ印を記入すること。)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>なし            <input type="checkbox"/>あり</p> <p>2 1で「あり」に該当する場合</p> <p>(1) 病名</p> <p style="padding-left: 40px;">_____</p> <p>(2) 現に受けている治療の内容</p> <p style="padding-left: 40px;">_____</p> <p style="padding-left: 40px;">_____</p> <p>(3) 治療を受けている状態であれば、通訳案内の業務を適正に行うに当たり必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことの可否(該当するものにレ印を記入すること。)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 可            <input type="checkbox"/> 否</p>				
診断年月日	年 月 日			
医 師	病院, 診療所等の名称			
	所 在 地		TEL(            )	
	氏 名			①

注 1 2(1)から(3)までの項目については、同様の内容が記載された別紙によることができる。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。