県添付書類様式2

診　　断　　書　　㈡

【「専門家による判断が必要」との診断を受けた場合】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 　名 | |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  　※　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、業務への支障の程度（できるだけ具体的に）  　・診断名  　・現在の具体的な治療内容（治療内容、服薬名及び量）、現状等  　・業務への支障の有無  　　　□　有  　　　　　業務への支障の程度（できるだけ具体的に）  　　□　無 | | | | | |
| 診断年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 診　　断　　者 | 施設所在地  施 設 名 | | 〒    (℡ 　　 ) | | |
| 診療科名 | |  | 医師名 |  |

【注意事項】

※精神科医、心療内科医等の専門医が記載してください。

※押印は不要です。

※記載した医師等が修正等を行う際は、修正前の記載が分かるように修正をしてください。