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。