

診 断 書

氏 名		性別	男	女
生年月日	年 月 日生	年齢	歳	

上記の者は、診察の結果、以下のとおり診断いたします。

- 精神機能の障害に関する所見はありません。
- 精神機能の障害があり、その病状は次のとおりです。

病名

症状

診断年月日 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

【主治医へお願い】

精神の機能障害により、理容師又は美容師の業務を適正に行うにあたって、必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかについて診断し、その所見についてご記入ください。

【申請者注意事項】

診断日から1カ月を超えている診断書は使用できません。