

記入例

診 断 書

氏 名	愛媛 ○○	性 別	<input type="checkbox"/> 男・女
生 年 月 日	昭和 ○○年 ○月 ○日	年 令	○×才
上記の者について、次のとおり診断します。			
1 精神の機能の障害			
<input type="checkbox"/> 無 専門家による判断が必要			
専門家による判断が必要な場合においては、診断名及び現に受けている治療の _____ _____			
2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒			
<input type="checkbox"/> 無 有			
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	愛媛○○病院	
	所 在 地	松山市××町×丁目×ー×	
	氏 名	松山 □□	

診断を受けた医師に記載を依頼してください。
(診断書を受け取った際に、氏名等に誤りがないことを確認してください。)

医師の診断書記入要領

項目	注意事項
氏名、性別、 生年月日、年齢	①受験願書と同じ氏名、生年月日を記入してください。 ②性別、年齢も記入してください。
診断	①該当する事項を囲んでください。
診断年月日	①診断した年月日を記入してください。 ②診断年月日から <u>3か月以内のものが有効です。</u>
医師	①診断した医師の病院等の名称とその所在地及び医師の氏名を記入してください。
その他注意事項	① 誤りがある場合は、二重線で消してください。 ただし、「診断内容」及び「診断年月日」については、医師による訂正印もしくは署名による修正が必要です。 ②診療施設や診療科の指定はありません。 ③ <u>診断年月日から3か月以内のものが有効です。</u>