

## 健康診断書

氏名				性別	男	女
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	
上記のものについて下記のとおり診断します。						
1. 精神機能の障害						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ 「あり」に該当する場合には、①病名、②現に受けている治療の内容及び③治療を受けている状態であれば、通訳案内の業務を適性に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるか否か、また、今後障害の程度が軽減すると見込まれるか否か、を記載すること。						
<hr/> <hr/> <hr/>						
※詳細については、別紙も可						
診療年月日	平成	年	月	日		
医 師	病院名、診療所等の名称					
	所在地		電話			
	氏	名	印			