様式７（新配置）

診断書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | 年齢 | 才 |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  記  　精神機能の障害  ※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（できるだけ具体的に） | | | | | |
| 診断年月日 | | 年　　月　　日 | ※詳細については別紙も可 | | |
| 病院・診療所  等の名称 | |  | | | |
| 病院・診療所  等の所在地 | |  | | | |
| 医師氏名 | |  | | | |

※記載上の注意

精神機能の障害の程度・内容により、許可（医薬品の販売等）された業務を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を、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書きください。