健 康 診 断 書

<table>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男</td><td>女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>大正　昭和
平成</td><td>年　　月
日</td><td>年齢</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">上記の者について、 下記のとおり診断します。

1．精神機能の障害
□なし　　□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正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。

※詳細については、別紙も可。</td></tr>
<tr><td>診断年月日</td><td colspan="2">令和　年　月　日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">医師</td><td colspan="2">病院、診療所等の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">所在地</td><td colspan="3">TEL</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td colspan="3">印</td></tr>
</table>