診　　断　　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 昭和　　平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | | 年齢 | 歳 |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  精神機能の障がい  （医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第８条（注１））  ※下記の□にチェックを付けること  □ 明らかに該当なし  □ 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、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記載してください。（注２））   |  | | --- | |  | | | | | |
| 診断年月日 | 年　　　月　　　日 |  | | |
| 病院、診療所又は介護老人保健施設等の  名　称  所在地  Tel． 　　　　（　 　　　） （注３） | | | | |
| 医 師 の 氏 名 | | | | |

（注１）**医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第８条**：法第五条第三号ヘの厚生労働省令で定める者は、精神の機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者とする。

（注２）精神機能の障がいの程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）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。

（注３）必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。