

診 断 書

氏 名				性 別	男	女
生 年 月 日				年 齢	才	
<p>上記の者に係る精神機能の障害について、次のとおり診断します。</p> <p>1 診断名：</p> <p>2 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）</p> <p>3 症状の安定性</p> <p>4 登録販売者として、一般用医薬品の販売等の業務（※）を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の可否 （該当する欄（□）にチェック印（☑）をつけてください。）</p> <p style="text-align: center;">□ 可 □ 否</p> <p>5 その他特記事項</p>						
診断年月日	年 月 日					
医 師	病院、診療所 又は介護老人 保健施設等の 名称					
	所 在 地	TEL				
	診 療 科		氏 名			

※登録販売者の主な業務

- ・一般用医薬品の販売・授与の直接の業務
- ・一般用医薬品に関する相談対応業務
- ・一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- ・一般用医薬品の販売・授与時の情報提供業務
- ・一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- ・一般用医薬品の陳列や広告に関する業務