

診 断 書

|  |                          |   |   |    |              |   |
|--|--------------------------|---|---|----|--------------|---|
| 氏名   |                          |   |   | 性別 | 男            | 女 |
| 生年月日   | 昭和・平成                    | 年 | 月 | 日  | 年齢           | 才 |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能に障害が（認められる・認められない）<br/>         [ 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療 ]<br/>         [ 等の状況を記載 ]</p> <p>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない）<br/>         [ 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療 ]<br/>         [ 等の状況を記載 ]</p> <p>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）<br/>         [ 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療 ]<br/>         [ 等の状況を記載 ]</p> <p>4 精神機能に障害が（認められる・認められない）<br/>         [ 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療 ]<br/>         [ 等の状況を記載 ]</p> <p>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）<br/>         [ 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療 ]<br/>         [ 等の状況を記載 ]</p> <p>6 麻薬、大麻の中毒<br/>         麻薬、大麻の中毒者ではない。</p> |                          |   |   |    |              |   |
| 診断年月日  | 令和                       | 年 | 月 | 日  | ※詳細については別紙も可 |   |
| 医師   | 病院、診療所又は介護<br>老人保健施設等の名称 |   |   |    |              |   |
|  | 所在地                      |   |   |    |              |   |
|  | TEL                      |   |   |    |              |   |
|  | 氏名                       |   | 印 |    |              |   |