

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、次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 ）</p> <p>2 聴覚機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ）</p> <p>3 音声・言語機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ）</p> <p>4 精神機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ）</p> <p>5 上肢の機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ）</p> <p style="text-align: center;">〔 1 から 5 について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等の状況を記載 〕</p> <p>6 麻薬、大麻の中毒</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 | | | |
| | 氏名 | | | | | |