診　断　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 昭和平成 | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 才  |
|  上記の者について、下記のとおり診断します。 １　視覚機能に障害が（認められる・認められない) 障害が認められる場合にあっては、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 ２　聴覚機能に障害が（認められる・認められない) 障害が認められる場合にあっては、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  ３　音声・言語機能に障害が（認められる・認められない) 障害が認められる場合にあっては、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  ４　精神機能に障害が（認められる・認められない) 障害が認められる場合にあっては、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  ５　上肢の機能に障害が（認められる・認められない) 障害が認められる場合にあっては、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  ６　麻薬、大麻の中毒 麻薬、大麻の中毒者ではない。 |
| 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、診療所又は介護老人保健施設等の名称 |  |
| 所　在　地 | TEL |
| 氏　　名 | 　 | 印　 |