

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）</p> <p style="margin-left: 20px;">〔 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>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p style="margin-left: 20px;">〔 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>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p style="margin-left: 20px;">〔 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>4 精神機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p style="margin-left: 20px;">〔 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>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p style="margin-left: 20px;">〔 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> <p style="margin-left: 20px;">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 老人保健施設等の名称					
	所 在 地			TEL		
	氏 名			印		