

診 断 書

| | | | |
|---|-------|----|-----|
| 氏 名 | | 性別 | 男 女 |
| 生年月日 | 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> <ol style="list-style-type: none"> 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する。 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する。 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する。 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する。 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する。 6 麻薬、大麻の中毒 | | | |
| 診断年月日 | 年 月 日 | | |
| 病院の名称 所在地 | 電話 | | |
| 医師氏名 | 印 | | |