

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和 平成	年 月 日	年 令	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） [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） [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） [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） [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） [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 麻薬、大麻の中毒者と（認められる・認められない）</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		