

診 断 書

氏 名		性別	男	女
生年月日	大 正 昭 和 平 成	年 月 日	年 令	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			
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			
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			
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			
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			
6	麻薬、大麻の中毒 麻薬、大麻の (中毒者である ・ 中毒者ではない)。			
診断年月日	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			
	氏 名	TEL	印	