

診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日
		年 齢	歳
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、大麻の中毒が（認められる・認められない）			
診断年月日	令和 年 月 日		
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		