診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　年　　月　　日生 | 年齢 |  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っては、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っては、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っては、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っては、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っては、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、大麻の中毒者ではない。 |
| 診断年月日 |  　　　　年　　月　　日 |  ※詳細については別紙も可 |
| 診断者 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称所在地電話番号氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |