

診 断 書

氏 名		性 別	
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> <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する。</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する。</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する。</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する。</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する。</p> <p>6 麻薬、大麻の中毒</p>			
診断年月日	年 月 日		
病院の名称 所在地	電話		
医師氏名	印		