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 | | | |