

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	昭 和 平 成 令 西 曆	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 目が見えない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に) _____ _____			
2 聴覚機能 耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に) _____ _____			
3 音声・言語機能 口がきけない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に) _____ _____			
4 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当無し <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 _____ _____			
5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
診 断 日	年 月 日		
医 師	病院又は診療所の名称		
	所在地	TEL	
	氏 名		