診　　断　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 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 | ＴＥＬ |
| 氏　　　名 | 　　　印 |