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 | | | |