**診　断　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | 年　齢 | 歳 |
| 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（または代替）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（または代替）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（または代替）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（または代替）手段、現に受けている治療等の状況を記載  ５　上肢機能に障害が（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（または代替）手段、現に受けている治療等の状況を記載  ６　麻薬・大麻の（中毒者である・中毒者ではない）  （注）カッコ内の該当する項目に○をつけること。 | | | | |
| 診断年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 医　　師 | | 病院・診療所等の  名称 | | |
| 所在地  TEL | | |
| 氏　　名 | | |