**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |