

# 診 断 書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |     |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|-------|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 昭和・平成 年 月 日    | 年 齢 | 歳     |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能に障害が（認められる ・ 認められない）<br/>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</p> <p>2 聴覚機能に障害が（認められる ・ 認められない）<br/>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</p> <p>3 音声・言語機能に障害が（認められる ・ 認められない）<br/>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</p> <p>4 精神機能に障害が（認められる ・ 認められない）<br/>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</p> <p>5 上肢機能に障害が（認められる ・ 認められない）<br/>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</p> <p>6 麻薬・大麻の（中毒者である・中毒者ではない）</p> <p>（注）カッコ内の該当する項目に○をつけること。</p> |                |     |       |
| 診断年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 令和 年 月 日       |     |       |
| 医 師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 病院・診療所等の<br>名称 |     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 所在地            |     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TEL            |     |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 氏 名            |     |       |