

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>(障害が認められる場合にあつては、[]内に補助的（または代換）手段、現に受けている治療等の状況を記載)</p> <p>1 視覚機能に障害が（認められる・認められない） []</p> <p>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない） []</p> <p>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない） []</p> <p>4 精神機能に障害が（認められる・認められない） []</p> <p>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない） []</p> <p>6 麻薬、大麻の中毒 麻薬、大麻の中毒者ではない。</p>			
診 断 年 月 日	令 和 年 月 日		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称		
	所 在 地	電話 () —	
	氏 名		