（別記様式３）

診　断　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  氏　　名 |  |  |
|  生年月日 | T・S・H |  　　年　　　月 　　日 | 年令 | 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 |
|  医師 |  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 |  |