

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つては、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つては、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つては、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つては、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つては、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			