

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
<p>上記の者について、次のとおり診断します。 (障害が認められる場合にあっては、〔 〕内に補助的 (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>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、大麻の中毒者 (である・ではない)</p>			
診断月日	年 月 日	*診断の詳細については別紙添付も可	
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称		
	所 在 地	電話 () —	
	氏 名		