

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 齡	才
<p>上記の者について、次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)</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 style="margin-top: 20px;">1 から 5 について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</p> <p>6 麻薬、大麻の中毒 (該当する ・ 該当しない)</p>			
診断年月日	平成 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		
	氏 名		
			印

