|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | | | |
| 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）  　１　視覚機能に障害が（　認められる　・　認められない　）  　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  　２　聴覚機能に障害が（　認められる　・　認められない　）  　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  　３　音声・言語機能に障害が（　認められる　・　認められない　）  　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  　４　精神機能に障害が（　認められる　・　認められない　）  　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  　５　上腕の機能に障害が（　認められる　・　認められない　）  　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  　６　麻薬、大麻の中毒者（　である　・　ではない　） | | | | | |
| 診断日 | | 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 | TEL（　　　　）　　－ | | |
| 氏　　　名 |  | | |

診　　断　　書