


診 断 書

| | | | | |
|--|------------------------------|--|---|---|
| 氏 名 | | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 才 | |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能 目が見えない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に） _____ _____</p> <p>2 聴覚機能 耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に） _____ _____</p> <p>3 音声・言語機能 口がきけない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に） _____ _____</p> <p>4 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に） _____ _____</p> <p>5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> | | | | |
| 診断年月日 | 令和 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 | TEL | | |
| | 氏 名 |  （自署する場合、押印は不要です。） | | |

