

## 診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日
		年 齢	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能に障害が（認められる・認められない）  <span style="font-size: 2em;">（</span> 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 <span style="font-size: 2em;">）</span></p> <p>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない）  <span style="font-size: 2em;">（</span> 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 <span style="font-size: 2em;">）</span></p> <p>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）  <span style="font-size: 2em;">（</span> 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 <span style="font-size: 2em;">）</span></p> <p>4 精神機能に障害が（認められる・認められない）  <span style="font-size: 2em;">（</span> 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 <span style="font-size: 2em;">）</span></p> <p>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）  <span style="font-size: 2em;">（</span> 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 <span style="font-size: 2em;">）</span></p> <p>6 麻薬、大麻の中毒が（認められる・認められない）</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		
	氏名		