

診断書

| | | | | |
|------|--------------------------------|----|---|---|
| 氏名 | | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | 年齢 | 才 | |

上記の者について、下記のとおり診断します。

- 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 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）

- 6 麻薬、大麻の中毒
麻薬、大麻の中毒者ではない。

| | | |
|--------------------------|-------------|--------------|
| 診断年月日 | 年 月 日 | *詳細については別紙も可 |
| 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 | 印 | |