

## 診断書

|  |                                   |       |     |     |
|--|-----------------------------------|-------|-----|-----|
| 氏名   |                                   |       | 性別  | 男 女 |
| 生年<br>月日   | 大正<br>昭和<br>平成                    | 年 月 日 | 年 齡 | 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>1 から 5 について障害が認められる場合にあっては、<br/>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  | 令和 年 月 日                          |       |     |     |
| 医師   | 病院、診療所<br>または介護老<br>人保健施設等<br>の名称 |       |     |     |
|  | 所在地                               |       |     |     |
|  | 氏名                                |       |     |     |