　　　　　　　　診　　断　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日

上記の者について、次のとおり診断します。

１．視覚機能の障害

　　　目が見えない

　　　□　該当しない

　　　□　該当する

２．精神機能の障害

　　　□　該当なし

　　　□　専門家による判断が必要

|  |  |
| --- | --- |
| 診　　断　　名 |  |
| 現在受けている  治療の内容 |  |
| 現在の状況（具体的に） |  |

＊記載できない場合、別紙を使用してもよい。

３．麻薬、大麻、あへんまたは覚醒剤の中毒

　　　□　該当なし

　　　□　該当あり

　診断年月日　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　医療機関等の名称

　　　　　　　　所在地

　　　 　　　　 電話番号 　 　―　　　　　　―

　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印