

# 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、あへんまたは覚せい剤の中毒

該当なし  
該当あり

診断年月日 平成 年 月 日

医療機関等の名称

所 在 地

電 話 番 号

医 師 の 氏 名

印