診　　断　　書

氏　名		生年月日	年　　月　　日
住　所			

上記の者について、次のとおり診断します。
（障害が認められる場合にあっては、〔　　〕内に補助的（または代替）手段、現に受けている治療等の状況を記載）

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　上腕の機能に障害が（　認められる　・　認められない　）

〔　　〕

６　麻薬、大麻の中毒者（　である　・　ではない　）

診断日	年　　月　　日	※診断の詳細については別紙添付も可
医　師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所　在　地	TEL（　　）　　－
	氏　　名	