

## 診 断 書

氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	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）          障害が認められる場合にあつては、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>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない）          障害が認められる場合にあつては、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>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）          障害が認められる場合にあつては、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>4 精神機能に障害が（認められる・認められない）          障害が認められる場合にあつては、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>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）          障害が認められる場合にあつては、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          麻薬、大麻の中毒者ではない。</p>			
診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可	
診断者	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称  所在地  電話番号  氏 名		