（参考様式）

診　　断　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 |  年　　　月　　　日 | 年　　齢 |  　　　歳 |
| 　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　上肢の機能に障害が（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） |
| 診断年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 医　　　　師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称　 |  |
| 所　　在　　地 |  電話（　　　　　　） 　－ |
| 氏　　　　名 |  |
|