（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 |  | | |
|