

(例)

診 断 書

氏名		性別	男	女
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年齢	才
上記の者について、下記のとおり診断します。				
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 〕				
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 〕				
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 〕				
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 〕				
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 〕				
6 麻薬、大麻の中毒 麻薬、大麻の中毒者ではない。				
診断年月日	令和 年 月 日	※詳細については別紙も可		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称			
	所 在 地			
	T E L			
	氏 名	印		