

## 診 断 書

氏名		性 別	男	女
生年月日	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

目が見えない       該当しない       該当する

該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)

---



---

2. 聴覚機能

耳が聞こえない       該当しない       該当する

該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)

---



---

3. 音声・言語機能

口がきけない       該当しない       該当する

該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)

---



---

4. 精神機能

精神機能の障害

明らかに該当しない       専門家による診断が必要

専門家による診断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況(できるだけ具体的に)

---



---

5. 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒

なし       あり

	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	TEL
	氏 名	⑩

※ 注意事項

- I. 医師は、上記1～5において、該当する欄（該当するに、ボールペン又はインクではっきり印を付ける）に、必ず記載下さい。（記載のない場合は、要件を満たさないため無効と致します。）
- II. 健康診断を受けた施設名及び所在地は、はっきり記入下さい。（施設名のスタンプ可）
- III. 医師の氏名欄には、必ず担当医の氏名を記入し、担当医の印鑑を押印して下さい。