

(様式第 2 号)

診 断 書

氏 名						
生年月日	大正・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）						
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）						
〔 1 から 5 について、障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代替）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（中毒者である・中毒者ではない）						
診断年月日	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		TEL			
	氏 名					