

(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っては、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	T E L	
	氏 名		