

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齡	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p>4 精神機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）</p> <p>6 麻薬，大麻の中毒者で（ある・ない）</p>			
診断年月日	年 月 日	※診断の詳細については、 別紙添付も可	
医 師	病院、診療所又は介護 老人保健施設等の名称	印	
	所 在 地		
	電 話 番 号		
	氏 名		