

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和 平成 年 月 日	年 齢	才	
<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> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> [] </div> <p>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> [] </div> <p>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> [] </div> <p>4 精神機能に障害が（認められる・認められない）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> [] </div> <p>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 20px;"> [] </div> <p>6 麻薬，大麻の中毒 麻薬，大麻の中毒者ではない。</p>				
診断年月日	平成 年 月 日	*詳細については別紙も可		
病院，診療所又は介護 老人保健施設等の名称				
所 在 地				
電 話				
氏 名		印		