

診断書

氏名		性別	男	女
生年月日	昭和 平成 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）

- 6 麻薬，大麻の中毒
麻薬，大麻の中毒者ではない。

診断年月日	年 月 日	*詳細については別紙も可
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	