（別記様式３）

診　断　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | | |  |
| 生年月日 | T・S・H | 年　　　月 　　日 | | | 年令 | 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）  　　　障害が認められる場合にあっては、補助的（又は代換）手段、現に受け  　　　ている治療等の状況を記載  ２　聴覚機能に障害が（認められる・認められない）  　　　障害が認められる場合にあっては、補助的（又は代換）手段、現に受け  　　　ている治療等の状況を記載  ３　音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）  　　　障害が認められる場合にあっては、補助的（又は代換）手段、現に受け  　　　ている治療等の状況を記載  ４　精神機能に障害が（認められる・認められない）  　　　障害が認められる場合にあっては、補助的（又は代換）手段、現に受け  　　　ている治療等の状況を記載  ５　上肢の機能に障害が（認められる・認められない）  　　　障害が認められる場合にあっては、補助的（又は代換）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  　　　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 | | |
| 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 | |  | | | |