**（例）**

診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 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）   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   1. 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   1. 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   1. 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   1. 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   1. 麻薬、大麻の中毒   麻薬、大麻の中毒者ではない。 | | | | | | | | |
| 診断年月日 | | 令和　　　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 | |  | | | | |