

様式第8号(第18条及び第27条)

診断書(千葉県教育委員会所定)	
住所	
氏名	昭和 年 月 日生(男・女) 平成
病名	手術をうけた 昭和 年 月 日生(男・女) 年月日 平成
発症 受傷 場所	発病・受傷 昭和 年 月 日生(男・女) 年月日 平成
番号	精神又は身体の障害の状態 [症状が固定し、若しくは回復の見込みのないもの]
1	両眼の視力が0.1以下に減じたもの
2	鼓膜の大部分の欠損その他の理由により両耳の聴力が耳かくに接しなければ大声を解することができない程度以上のもの
3	そしゃく及び言語又はそしゃく若しくは言語の機能に著しく障害を残すもの
4	せき柱の機能に著しい障害を残すもの
5	片手を腕関節以上で失ったもの
6	片足を足関節以上で失ったもの
7	片手の三大関節中の二関節又は三関節の機能を失ったもの
8	片足の三大関節中の二関節又は三関節の機能を失ったもの
9	片手の5つの指又は親指及び人差指を併せて4つの指を失ったもの
10	足の指を全部失ったもの
11	せき柱、胸かく、骨盤軟部組織の高度の障害、変形等の理由により労働能力が著しく阻害されたもの
12	半身不随により労働能力が著しく阻害されたもの
13	前各号に掲げるもののほか、精神又は身体の障害により労働能力に高度の制限を有するもの
備考	
1 各号の障害は、症状が固定し、又は回復の見込みのないものに限る。	
2 視力を測定する場合には、屈折異常のものについては矯正視力により、視表は、万国式試視力表による。	

発病又は受傷の原因		
現在までの経緯		
現在の症状		
機能回復の可能性		
その他の所見		
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 住所 医師 氏名		
教育委員会使用欄 (記入しないこと)	奨学生番号	学校 大学

印