

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	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> <p>2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない） （ ）</p> <p>3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない） （ ）</p> <p>4 精神機能に障害が（認められる・認められない） （ ）</p> <p>5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない） （ ）</p> <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	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		
	電 話		
	氏 名	印	