（別紙　1）

診　断　書

氏　　名		性 別	男・女
生年月日	年　　月　　日	年 齢	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

1　視覚機能

・目が見えない　　□　該当しない　□　該当する

・強度の視力障害　　□　該当しない　□　該当する

該当する場合において、現在の状況（できるだけ具体的に）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　精神機能

・精神機能の障害　　□　明らかに該当なし　□　専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3　麻薬、あへん、大麻、覚せい剤若しくはアルコールの中毒

□　なし　　□　あり（　　の中毒）

※　詳細については別紙も可

診　断　年　月　日		年　　月　　日
診断医師	病院、診療所等の名称	
	所在地	TEL
	氏　名	