診　断　書

氏　名		性　別	男	女
生年月日	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

目が見えない　□　該当しない　□　該当する

該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

2　聴覚機能

耳が聞こえない　□　該当しない　□　該当する

該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

3　音声・言語機能

口がきけない　□　該当しない　□　該当する

該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）

4　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において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）

5　麻薬、大麻若しくはあへんの中毒

□　あり　□　なし

診断年月日	平成　年　月　日	
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	㊞