診　断　書

氏名		性別　男 女
生年月日	昭和 平成　　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）
（　　）

2　聴覚機能に障害が（認められる・認められない）
（　　）

3　音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）
（　　）

4　精神機能に障害が（認められる・認められない）
（　　）

5　上肢の機能に障害が（認められる・認められない）
（　　）

6　大麻、麻薬の中毒
麻薬、大麻の中毒者ではない。

診断年月日	平成　　年　　月　　日
病院等の名称	
所　在　地	
T　E　L	
医　師　名	印