

# 診 断 書

氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

上記の者について、以下のとおり診断する。

- |                |                             |                                 |
|----------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1 視覚障害         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 特記事項あり |
| 2 聴覚障害         | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 特記事項あり |
| 3 音声機能・言語機能の障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 特記事項あり |
| 4 上肢の機能障害      | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 特記事項あり |
| 5 精神の機能障害      | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 特記事項あり |
| 6 麻薬、大麻、あへんの中毒 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 特記事項あり |
| 7 特記事項         |                             |                                 |

発行 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名  
(所在地) \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印