

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