

診 断 書

氏 名 _____

生年月日(西暦) _____ 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
(目が見えない等) | <input type="checkbox"/> 該当しない | <input type="checkbox"/> 該当する |
| 2 聴覚障害
(耳が聞こえない等) | <input type="checkbox"/> 該当しない | <input type="checkbox"/> 該当する |
| 3 音声機能・言語機能の障害
(口がきけない等) | <input type="checkbox"/> 該当しない | <input type="checkbox"/> 該当する |
| 4 上肢の機能障害
(上肢に障害がある等) | <input type="checkbox"/> 該当しない | <input type="checkbox"/> 該当する |
| 5 精神の機能障害
(精神に障害がある等) | <input type="checkbox"/> 該当しない | <input type="checkbox"/> 該当する |
| 6 麻薬、大麻、あへんの中毒
(中毒がある等) | <input type="checkbox"/> 該当しない | <input type="checkbox"/> 該当する |
| 7 特記事項 | | |

診断年月日(西暦) 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名

(所在地) _____

医師名 _____

印 _____

[注意事項]

- ・既往歴があっても、業務を行うにあたり支障がないと判断した場合は、「該当しない」を選択してください。
- ・「該当する」を選択した場合、特記事項にその内容を具体的に記載してください。

