

# 診 斷 書

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日(西暦) 年 月 日

上記の者について、以下のとおり診断する。

- |                             |                                |                               |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 視覚障害<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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。

