

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 齡	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能 目が見えない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p> 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に記載してください。）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p> 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載してください。）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3 麻薬、あへん、大麻若しくは覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日	年 月 日		
医 師	病院、診療所等の 名称		
	所 在 地	TEL ()	
	氏 名	印	

注1 にチェックを付けてください。

2 欄内にすべてを記載することができないときは、当該欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付してください。