

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	年 月 日	年 齢	才	

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 視覚機能

目が見えない 該当しない 該当する

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)

※本人からの聴取を踏まえて記載してください。(別紙可)

2 聴覚機能

耳が聞こえない 該当しない 該当する

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)

※本人からの聴取を踏まえて記載してください。(別紙可)

3 音声・言語機能

口がきけない 該当しない 該当する

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)

※本人からの聴取を踏まえて記載してください。(別紙可)

4 精神機能

精神機能の障害

明らかに該当なし 専門家による判断が必要

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)

5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒

なし あり

診断年月日	年 月 日		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称		
	所 在 地	TEL	
	氏 名	(印)	

※ 障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付(様式不問)も可(提出は任意)。