

診 断 書

氏 名	
生年月日	年 月 日
上記の者について、下記のとおり診断します。	
1 視 力 両眼の視力を全く失った者又は視力が不十分で眼鏡等を用いても補正のできない者 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する	
2 麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する	
3 精神機能 精神の機能の障害により、認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する (※)	
※「該当する」に☑がついた場合のみ (1) 及び (2) も記載 (別紙も可)	
(1) 診断名	
(2) 現に利用している障害を補う手段又は治療の内容及び現在の状況 (できるだけ具体的に)	
診 断 年 月 日	年 月 日
病院、診療所等の 名 称	
所 在 地	TEL()
医 師 名	印

