

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女		
生年月日	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: none; padding-right: 5px;">昭 平 西</td> <td style="border: none; padding-right: 5px;">和 成 和 曆</td> </tr> </table> 年 月 日	昭 平 西	和 成 和 曆	年 令	才
昭 平 西	和 成 和 曆				
<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 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) _____ _____</p> <p>2 聴覚機能 耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 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) _____ _____</p> <p>3 音声・言語機能 口がきけない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 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) _____ _____</p> <p>4 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当無し <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 _____ _____</p> <p>5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>					
診 断 日	年 月 日				
医 師	病院又は診療所の名称				
	所 在 地	TEL			
	氏 名				