

診 断 書

|                                                                                    |                      |       |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----|
| 氏 名                                                                                |                      | 性 別   | 男・女 |
| 生 年 月 日                                                                            | 年 月 日                | 年 齢   | 歳   |
| 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 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する              |                      |       |     |
| ・ 強度の視力障害 <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、現在の状況（できるだけ具体的に）                                                        |                      |       |     |
| <div></div> <div></div>                                                            |                      |       |     |
| 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   |                      |       |     |
| 専門家による判断が必要な場合は、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）                               |                      |       |     |
| <div></div> <div></div> <div></div>                                                |                      |       |     |
| 3 麻薬、あへん、大麻、覚せい剤若しくはアルコールの中毒                                                       |                      |       |     |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（                      の中毒） |                      |       |     |
| ※ 詳細については別紙も可                                                                      |                      |       |     |
| 診 断                                                                                | 年 月 日                | 年 月 日 |     |
| 診 断 医 師                                                                            | 病 院、診 療 所 等 の<br>名 称 |       |     |
|                                                                                    | 所 在 地                | TEL   |     |
|                                                                                    | 氏 名                  |       |     |