

参考様式

診 断 書

| | | | |
|------|-------|-----|-----|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | 性 別 | 男 女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年 令 | |

上記の者について、下記のとおり診断します。

(各項目について該当する□欄にチェック□を付けて下さい。)

1. 視覚機能の障害

該当しない 該当する

2. 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記載してください。）

3. 麻薬、あへん、大麻若しくは覚醒剤の中毒

なし あり

| | |
|-------|-------|
| 診断年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名 称

所 在 地

医師の氏名

印

TEL() —