

# 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			
<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する			
2. 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。）			
<hr/>			
<hr/>			
3. 麻薬、あへん、大麻若しくは覚醒剤の中毒			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 (       )       —			