

(任意様式)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日生

(才)

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒

あり

なし

2 視覚機能

目が見えない

該当しない

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）

3 精神機能

精神機能の障害

該当しない

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）

※詳細については別紙も可

年 月 日

医療機関の 名 称

所在地

電話番号

医師氏名

印