

診 断 書

住 所
氏 名

大正
生年月日 昭和 年 月 日生
平成 (才)

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

☐ 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）

2 精神機能

精神機能の障がい

☐ 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）

3 麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒

☐ なし

☐ あり

診断年月日 年 月 日

診断機関名

診断医師名

印

(註) 当診断書で目が見えないものとは、両眼視力（矯正視力を含む）0.1未満の者をいう。