様式第２号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 診断書住所　八頭町　　　　　番地氏名年　　月　　日生 |
| 障害の原因となった傷病名 |  |
| 傷病の発生年月日 |  |
| 診断による現症 | 両眼視力 |  |
| 両耳の聴力損失 |  |
| そしゃく機能の障害の所見 |  |
| 音声、言語機能障害の所見 |  |
| し体の不自由 | 両上肢の状態 |  |
| 両下肢の状態 |  |
| 体幹の障害 |  |
| 身体の機能の障害の所見 |  |
| 精神の機能の障害の所見 |  |
| 傷病の現症 |  |
| その他の所見 |  |
| 判定 | (１)障害の状態である。(２)障害の状態ではない。 |
| 将来再診断の必要 | (１)要　　　　　　　(２)否 |
| 上記のとおり診断します。　　　　　　年　　月　　日病院又は診療所名　　　　　　　　　　　　所在地診療担当科名　　　　　　　科　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　㊞ |