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　　　　　　　　　　　㊞ | | | |