様式第2号(第2条関係)

|  |
| --- |
| 診断書住所　　　　　　　　　　　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 | 　 |
| 肢体の不自由 | 両上しの状態 | 　 |
| 両下しの状態 | 　 |
| 体幹の障害 | 　 |
| 身体の機能の障害の所見 | 　 |
| 身体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　　病院名又は診療所名　　　　　　　　　　　　所在地　　診断担当科名　　　　　　　　　　科　　　　医師氏名　　　　　　　　　　印 |