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 | 両上の状態 |  |
| 両下の状態 |  |
| 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 | | | ⑴　障害の状態である。  ⑵　障害の状態ではない。 |
| 将来再診断の必要 | | | ⑴　要　　　　　　　⑵　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　　　　　　　　　　　㊞ | | | |