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　　　　　　　　　　　㊞ |