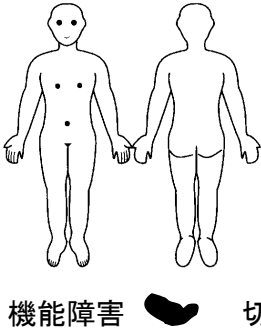



診 断 書 (障 害 者 訓 練)

氏 名	男・女			住所	〒	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)					
障害および身体状況	診 断 名 及 び 障 害 名				障害部位  機能障害 切断	
	身 長	cm	体 重	kg		
	血 圧	最高	mmHg	最低		mmHg
	検 尿	蛋 白	- ± + ++ ###			X線診断 撮影 年 月 日  異常なし 異常あり
		糖	- ± + ++ ###			
	視 覚 障 害 者 の み		聴 覚 障 害 者 の み			X線診断の所見
視 力	裸眼 左 右	聴 力	右 db			
	矯正 左 右		左 db			
既往療養症及び経過	病 名	時 期	医 療 機 関 名	固 定 状 況		
		年 月 歳				
		年 月 歳				

○現在医療機関にかかっている人、服薬中の人については、次の項も記入してください。

病 名 (病状経過及び現症) (治療内容・処方) (通院の状況) (健康管理上の注意事項)
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日
医療機関名 所在地 電 話 医 師 名
印