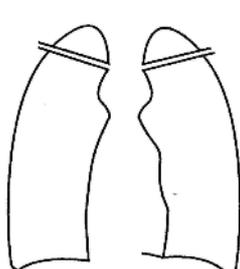
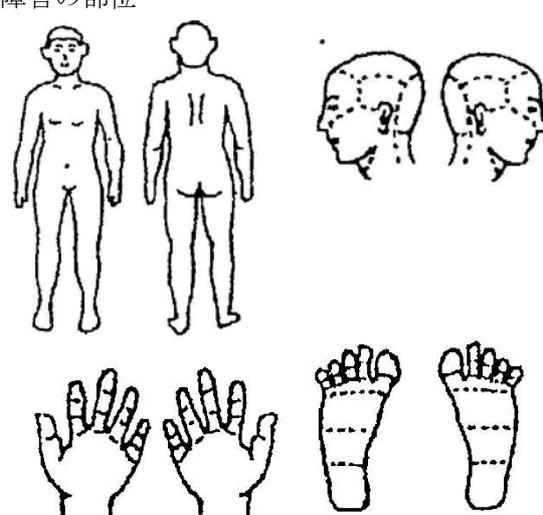


## 障 害 診 断 書

氏名		性別	男・女	生年月日	昭・平	年	月	日
現 障 害 及 び 身 体 状 況	診断(障害)名							
	現障害の具体的な症状							
	補装具	車いす・装具(上肢, 下肢, 体幹)・松葉づえ・義足・義手・補聴器・その他( )						
	現障害を安定(治療)するための服薬状況	無・有	現障害を安定(治療)するための通院状況	無・有				
	入校後の通院	不要・必要(頻度 月・週 に 回程度の通院)						
	胸部X線(※結核性疾患回復者のみ)	直接・間接 撮影年月日( 年 月 日)		障害の部位				
								
	内臓疾患所見(※結核性疾患回復者のみ)							
	病巣固定 年 月 日		● 切断    ◐ 機能障害    × 局部的障害					
	精神障害(知的障害以外)	無・有 (種類 )						
身体障害及び精神障害(知的障害以外)の動静状況	固定・未固定							
視力(矯正)	右 ( )	聴力	右	左	血压	最高	mmHg	
	左 ( )				最低	mmHg		
ぜん息, アレルギー及び薬物禁忌	無・有 ( )							
障害の療養経過, 寮生活及び訓練受講上特別に配慮すべきこと。								
就業(就職)に対する総合意見 (必ず記入してください。)								
上記のとおり診断します。 年 月 日								
医療機関名								
住 所								
電 話 番 号								
医 師 氏 名								