

診 断 書

氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 視覚機能に障害が（認められる・認められない）。

〔 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療等の状況を記載 〕

2 聴覚機能に障害が（認められる・認められない）。

〔 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療等の状況を記載 〕

3 音声・言語機能に障害が（認められる・認められない）。

〔 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療等の状況を記載 〕

4 精神機能に障害が（認められる・認められない）。

〔 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療等の状況を記載 〕

5 上肢の機能に障害が（認められる・認められない）。

〔 障害が認められる場合にあつては、補助的（又は代換）手段、現に受けている治療等の状況を記載 〕

6 麻薬、大麻等の中毒

麻薬、大麻の中毒者ではない。

診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称及び所在地	TEL
	氏 名	印

※家畜改良増殖法第 17 条及び家畜改良増殖法施行規則第 26 条に基づくもの