

診 断 書

医療機関記入用紙

氏 名	男・女			住 所	〒
生年月日	年 月 日 (歳)			住 所	
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	
	尿 検 査	蛋 白 ()	糖	()	
	視 力	* 視覚障害者のみ		* 聴覚障害者のみ	
裸眼 右 左		聴 力	右	dB	異常なし 異常あり
矯正 右 左			左	dB	
既往症及び療養経過	病 名	時 期		医 療 機 関 名	固 定 状 況
		年	月 歳		
		年	月 歳		
		年	月 歳		
病状の経過	(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)				
てんかん(有・無)	有の場合 ① 発作の型 ()	その他(有・無)	入校後、通院加療を必要とする疾患、職業訓練に配慮を要する疾患等 (精神疾患、高次脳機能障害、発達障害、生活習慣病等)		
	② 発作の頻度 (回/年)		有の場合 疾患等 ()		
	③ 直近の発作 (年 月 日)		服薬 ()		
	④ 服薬 ()				
上記のとおり診断する。		医 療 機 関 名		所 在 地	
年 月 日		電 話		医 師 名	
				印	

この様式の記載事項については、入校選考の目的以外に使用することはありません。