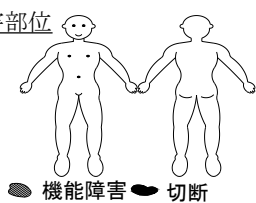


診 断 書

医療機関記入用紙

氏 名	男 ・ 女			生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒				
障害および身体状況	障害名 及び 診断名				障害部位  ● 機能障害 ● 切断
	身 長	cm	体 重	kg	
	血 圧	最高 mmHg	最低 mmHg		
	視 力	裸眼 右 左	聴 力	右 dB	
※視覚障害者のみ	矯正 右 左	※聴覚障害者のみ	左 dB	X線診断 撮影 年 月 日 異常なし 異常あり 所見	
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		(有・他無)	入校後、通院加療を必要とする疾患、	
	① 発作の型()			職業訓練に配慮を要する疾患等	
	② 発作の頻度(回/年)		(精神疾患、高次脳機能障害、発達障害、生活習慣病等)		
	③ 直近の発作(年 月 日)		疾患等 {		
	④ 服薬()		服薬 {		
※入寮に関する者の見み	公共交通機関による通校困難性 (有 ・ 無) (所見)				
	自立生活(可 ・ 条件付き可 ・ 不可) (所見・条件)				
	共同生活(可 ・ 条件付き可 ・ 不可) (所見・条件)				
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。