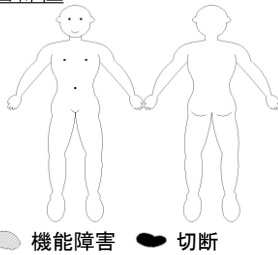
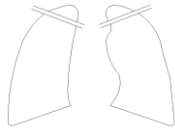


診 断 書

医療機関記入用紙

氏 名	男 ・ 女			住 所	〒	
生年月日	年 月 日 (歳)					
障害及び身体状況	障害名及び診断名				障害部位 	
	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		X線診断 撮影 年 月 日  異常なし 異常あり
		裸眼 右 左	聴 力	右	dB	
矯正 右 左		左		dB	X線診断の所見	
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	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)			
	① 発作の型 ()		有の場合			
② 発作の頻度 (回/年)		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。