

診 断 書

(東京障害者職業能力開発校用)

氏 名	男 ・ 女			住 所	〒	
生年月日	年	月	日 (歳)			
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		X線診断 撮影 年 月 日
		裸眼 右 左	聴 力	右	dB	異常なし 異常あり
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 ① 発作の型 () ② 発作の頻度 (回/年) ③ 直近の発作 (年 月 日) ④ 服薬 ()		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)		
				有の場合 疾患等 () 服薬 ()		
上記のとおり診断する。			医 療 機 関 名			
平成 年 月 日			所 在 地			
			電 話			
			医 師 名	印		