

# 診 断 書

|       |   |          |        |   |        |           |   |   |   |
|-------|---|----------|--------|---|--------|-----------|---|---|---|
| 氏 名   |   | 昭和<br>平成 | 年<br>( | 月 | 日生     | 性別<br>男・女 |   |   |   |
| 住 所   |   |          |        |   |        |           |   |   |   |
| 診断名   |   |          |        |   |        |           |   |   |   |
| 初診日*  | 昭和<br>平成<br>令和  | 年        | 月      | 日 | 最終診察日* | 令和        | 年 | 月 | 日 |
| 発症時期  | 発症・発生した年齢（先天性の場合は0歳）：                      歳                      ヶ月頃 |          |        |   |        |           |   |   |   |
| 症状**  | （できれば発症後の経過も含めて具体的に記載）  |          |        |   |        |           |   |   |   |
| 検査結果  |   |          |        |   |        |           |   |   |   |
| 治療    | （現在治療を受けている場合）  |          |        |   |        |           |   |   |   |
| 現在の服薬 |   |          |        |   |        |           |   |   |   |

|           |                              |
|-----------|------------------------------|
| 経過        | (障害・疾病の経過)                   |
| 重症度       | (日常生活上の支障の程度)                |
| 今後予想される経過 |                              |
| 試験時の配慮    | (試験の際に想定される問題と必要と考えられる配慮***) |

\* 本診断書作成医療機関における初診日および最終診察日を記載して下さい。

\*\* 本診断書と別に、検査結果などのコピーを添付して下さい。

上記の通り、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

電話番号

医師名

---