

# 診 断 書

(ふりがな) 氏 名	----- 男・女	住所	〒 ー
生年月日	年 月 日 ( 才)		
障害に 関する 診断名		合併症 又は 二次障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳
障害の 原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他の事故 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 周産期 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不詳	既往症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
障害の 発生	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳	アレルギー 喘息	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
経 過  現在の病 状、症状	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">精神障害の場合は、特に疾患名、発病時期、精神科等受診歴（※初診（発病時）からこれまでの経過の概要を含めて）をご記入ください。</div>		
職業訓練や就業に関する総合所見、コミュニケーション能力、及び健康管理上の留意事項 (職業訓練期間中またその後の就労において、予測される症状の悪化とその対処方法等も含め具体的にご記入ください。)			

(第1号様式)

てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ①発作のタイプ イ 意識障害はないが随意運動が失われる発作 ロ 意識を失い、行動が途絶するが倒れない発作 ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ホ その他（以下に具体的にお書きください） [ ]	②発作の頻度 ( ) 回/月、または ( ) 回/年 ③最終発作 年 月 日 ④発作時の対応及び処置 [ ]
処方	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 処方内容	
通院	<input type="checkbox"/> 有 ____ 回/____ か月 <input type="checkbox"/> 無 他科の通院 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 科 <input type="checkbox"/> 無	

※以下の項目は検査結果をご記入ください。

血圧	/ mmHg	尿検査	蛋白 ( )	糖 ( )	
視力及び視野	<input type="checkbox"/> 視覚障害者のみ -新たに検査できない場合は、手帳からの転記も可- 視力 : 右 左 視野 : 右 度 左 度 損失率 : 右 % 左 %		聴力	<input type="checkbox"/> 聴覚障害者のみ -新たに検査できない場合は、手帳からの転記も可- 聴力 : 右 dB 左 dB 語音明瞭度 : 右 % 左 %	

※以下の項目は該当する箇所をチェックしてご記入ください。

障害の種類	<input type="checkbox"/> 視覚 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 聴覚 ( 右 左 ) 又は平衡機能 <input type="checkbox"/> 音声、言語又はそしゃく機能 <input type="checkbox"/> 上肢機能 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 下肢機能 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 体幹機能 <input type="checkbox"/> 上肢切断 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 下肢切断 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能 <input type="checkbox"/> 内部機能 ( 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓 ) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害名 ※手帳に記載の障害名を記入してください。 等級 ( ) 級	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害の程度 (総合判定) ( )
		精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 等級 ( ) 級
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 科 医師氏名 印			

※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を持参の上、該当する科の先生にこの項目で記入を依頼してください。  
 複数の手帳をお持ちの方は、それぞれ該当する科の先生にこの項目で記入を依頼してください。  
 ※他科に通院している方で、職業訓練を受ける上で配慮が必要な方は、該当する科にて診断書（診断名、病状経過、治療内容等）を記載して頂き併せて提出願います。診断書の様式は問いません。  
 ※個人情報については、「神奈川県個人情報保護条例」により取り扱い、入校選考及び訓練を実施する目的以外に使用することは一切ありません。