

様式第13号（第14条関係）

（表面）

診 断 書			
住 所			
氏 名	生 年 月 日	年 月 日	
	性 別	男 ・ 女	
病 名	手術を受けた 年 月 日	年 月 日	
発病・受傷 場 所	発病・受傷 年 月 日	年 月 日	
<p>発病又は受傷の原因</p> <p>現在までの経過（年月順に記入）</p> <p>現在の症状</p> <p>機能回復の可能性</p> <p>その他所見（就労の見込み等）</p>			

様式第13号（第14条関係）

（裏面）

心身の障害の程度（症状が固定し、若しくは回復の見込みのないもの）が判定できる場合は、番号に○を付けてください。〔複数番号選択可〕		
障害の程度	番号	心身の障害の状態
1 級	1	常時心神喪失の状況にあるもの
	2	両眼の視力が0.02以下に減じたもの
	3	片目の視力を失い、他方の目の視力が0.06以下に減じたもの
	4	そしゃくの機能を失ったもの
	5	言語の機能を失ったもの
	6	手の指を全部失ったもの
	7	常に床について複雑な看護を必要とするもの
	8	その他精神又は身体の障害により労働能力を喪失したもの
2 級	1	両眼の視力が0.1以下に減じたもの
	2	鼓膜の大部分の欠損その他により両耳の聴力が耳かくに接しなければ大声を解することができない程度以上のもの
	3	そしゃく又は言語の機能に著しい障害を残すもの
	4	脊柱の機能に著しい障害を残すもの
	5	片手を腕関節以上で失ったもの
	6	片足を足関節以上で失ったもの
	7	片手の三大関節中二関節又は三関節の機能を失ったもの
	8	片足の三大関節中二関節又は三関節の機能を失ったもの
	9	片手の五つの指又は親指及び人差指をあわせて四つの指を失ったもの
	10	足の指の全部を失ったもの
	11	脊柱、胸かく、骨盤軟部組織の高度の障害、変形等の理由により労働能力が著しく阻害されたもの
	12	半身不随により労働能力が著しく阻害されたもの
	13	その他精神又は身体の障害により労働能力に高度の制限を有するもの
備 考	1	上記の障害は、症状が固定し、又は回復の見込みのないものに限る。
	2	視力の測定は、万国式視力表によるものとし、屈折異常のものについては、矯正視力によって測定する。
上記のとおり診断します。		
年 月 日		
住所		
医師 氏名		印

備考

- 訂正を行なう場合は、必ず訂正印（医師の氏名に押印したものと同一印）を使用してください。
- この診断書は、川越町奨学金の返還債務の免除申請を行なうために使用するものです。
- 診断書を厳封の上、患者様にお渡しく下さい。