左　　％	
右　　％	
使用したオージオメータの型式	

⑩　平　衡　機　能　障　害
所　見

⑪　咀嚼（そしゃく）機能障害	⑫　音声言語機能障害
所　見	所　見

⑬　備　考	

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称
所　　在　　地

診療担当科名　　医師又は歯科医師名　　（印）

◎　裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎　字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。