

(様式2)

診断・意見書（視覚障害関係）

氏名：	昭和・平成 年 月 日	男・女
住所：		
診断名		
現症	視力 右（ × D C y I D A × ） 左（ × D C y I D A × ）	
	視力以外の視機能障害（視野狭窄、眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症	
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科目 科 医師氏名 印		

お願い：本書は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するために必要となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

(様式3)

診断・意見書 (聴覚障害関係)

氏名：	昭和・平成 年 月 日	男・女
住所：		
診断名		
現症	(1) 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)	
	右	d B
	左	d B
	(2) 障害の種類	
	伝音声難聴	
	感音声難聴	
	混合性難聴	
	(3) 聴力以外の障害・その他参考となる経過・現症	
上記のとおり診断する。		
平成 年 月 日		
病院又は診療所の名称		
所在地		
診療担当科目	科	医師氏名 印

お願い：本書は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するために必要となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

