

※切り取らず、コピーして使用してください。

様式第7号その1

診断・意見書(視覚障害関係)

氏名：	昭和・平成	年	月	日生	男・女
住所：					
診断名					
現	視力				
	右(× D C y l D A x)				
症	左(× D C y l D A x)				
	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：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者が希望する特別措置の可否を決定するための資料となります。できるだけ具体的に御記入ください。

茨城県社会福祉協議会長 関 正 夫

※切り取らず、コピーして使用してください。

様式第7号その2

診断・意見書(聴覚障害関係)

氏名：	昭和・平成 年 月 日生	男・女							
住所：									
診断名									
現 症	(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)								
	<table border="1"><tr><td>右</td><td>d</td></tr><tr><td></td><td>B</td></tr><tr><td>左</td><td>d</td></tr><tr><td></td><td>B</td></tr></table>		右	d		B	左	d	
右	d								
	B								
左	d								
	B								
	(2) 障害の種類								
	<table border="1"><tr><td>伝音性難聴</td></tr><tr><td>感音性難聴</td></tr><tr><td>混合性難聴</td></tr></table>		伝音性難聴	感音性難聴	混合性難聴				
伝音性難聴									
感音性難聴									
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：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者が希望する特別措置の可否を決定するための資料となります。できるだけ具体的に御記入ください。

茨城県社会福祉協議会長 関 正 夫

※切り取らず、コピーして使用してください。

様式第7号その4

診断・意見書(病弱者関係)

氏名：	昭和・平成 年 月 日生	男・女
住所：		
診断名		
現症	参考となる経過・現症	

参考事項(医師が該当する項目の数字を○で囲んでください。)

1 体幹の機能障害 (1) 座位の保持 ア 60分程度ならば可能である。 イ 90分程度ならば可能である。 ウ 120分程度ならば可能である。 エ その他() (2) 受験可能な姿勢 ア 仰臥位 イ 座位 ウ 腹臥位 エ その他()	2 歩行の状況 (1) 困難 (2) 著しく困難 (3) 歩行不可 (4) 車いす使用 (5) その他	3 付添人 (1) 要 (2) 不要
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：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者が希望する特別措置の可否を決定するための資料となります。できるだけ具体的に御記入ください。

茨城県社会福祉協議会長 関 正 夫