

(様式2) 《コピーをして使用してください。》

## 診断・意見書（視覚障害関係）

氏名：	昭和 ・ 平成 年 月 日生
住所：	
診断名	
視力	右 (            ×            D   C y I            D   A ×            ) 左 (            ×            D   C y I            D   A ×            )
現症	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。	
令和 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、受験者の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ので、できるだけ具体的に記入してください。

東京都指定試験実施機関  
公益財団法人東京都福祉保健財団

(様式3) 《コピーをして使用してください。》

## 診断・意見書（聴覚障害関係）

氏名：	昭和 ・ 平成 年 月 日生				
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 B</td></tr><tr><td>左</td><td>d B</td></tr></table>	右	d B	左	d B
	右	d B			
	左	d B			
	(2) 障害の種類 <table border="1"><tr><td>伝音声難聴</td></tr><tr><td>感音声難聴</td></tr><tr><td>混合性難聴</td></tr></table>	伝音声難聴	感音声難聴	混合性難聴	
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。					
令和 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、受験者の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ので、できるだけ具体的に記入してください。

東京都指定試験実施機関  
公益財団法人東京都福祉保健財団

(様式4) 《コピーをして使用してください。》

## 診断・意見書 (肢体不自由関係)

氏名：	昭和 ・ 平成 年 月 日生
住所：	
診断名	
現症	体幹の機能障害 (特に座位補助能力等)、上肢の機能障害 (特に筆記能力等) その他参考となる経過・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. 上肢の機能障害 (1) 著しい障害 握る、摘む、なでる (手、指先の機能)、 ものを持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、 引っ張る (腕の機能) 等に著しい障害が ある。 (2) 軽度の障害がある。 ア、精密な運動ができない。 イ、10kg以内のものしか下げることが できない。
上記のとおり診断する。	
令和 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、受験者の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ので、できるだけ具体的に記入してください。

(注) 著しい障害とは、ア、機能障害のある上肢では、5kg以内のものしか下げることができないもの。(手指で握っても、肘でつり下げでもよい。) イ、一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか二関節の機能を全廃したものをいいます。

東京都指定試験実施機関  
公益財団法人東京都福祉保健財団

(様式5) 《コピーをして使用してください。》

## 診断・意見書（胸部、心臓、腎臓疾患等関係）

氏名：	昭和 ・ 平成 年 月 日生
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。  令和 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、受験者の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ので、できるだけ具体的に記入してください。

東京都指定試験実施機関  
公益財団法人東京都福祉保健財団