

様式第十六号(第四十八条関係)

診断書(原子爆弾小頭症手当用)

氏名				昭和 年 月 日生		男・女	
居住地							
小頭症の病状の有無		有・無					
小頭症の病状が原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見							
出生時の状況		生児在胎週数		出生時体重			
		満 週		g			
既往歴		て ん か ん		そ の 他			
発育遅延の状況							
現徴候症	身長	cm	体重	kg	頭 囲	cm	
	変質徴候	頭 部					
		眼 部					
		皮 膚					
		脊 椎					
		四 肢					
	生活適応能力	し					
	その他の所見						
その他特記すべき事項							
小頭症による精神上又は身体上の障害が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度の状態の障害であるかどうかについての意見							

以上のとおり、診断します。
年 月 日

医療機関の名称
所 在 地
医 師 氏 名

(A列4番)