

# 診断書・意見書

氏名:

生年月日: 平成・令和 年 月 日生

住所:

診断名:

ICDカテゴリー ( )

(ICDカテゴリーはF0~F9のいずれかを必ず記載してください。)

上記の者は、下記の理由により療育を必要とする。

記

(本人の具体的な障害の状態及び必要とする療育等支援の内容等を詳細に記入してください。)

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

※診断名が記載できない場合は空欄で結構です。療育が必要な理由については必ず記載してください。  
※医師氏名については、自署をお願いします。