

診断書・意見書

(対象者情報)

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

病名・診断名

意 見

上記の通り診断します。

年 月 日

(医療機関情報)

住 所

名 称

診 療 科

医師氏名

電話番号

印

記載例

診断書・意見書

(対象者情報)

住 所 浦安市猫実〇—〇—〇
氏 名 浦安 太郎
生年月日 平成 29 年 1 月 1 日生

病名・診断名があればご記入ください。

ICD-10（国際病名分類）コードがあればご記入ください。

病名・診断名 広汎性発達障害（F 84）

意 見

意見・所見・附記等がある場合はご記入ください。

- ・発達に遅れがあり、療育が必要である。
- ・放課後等デイサービスの利用が適当である。

記入した日付をご記入ください。

上記の通り診断します。

平成 29 年 4 月 1 日

医療機関の公印または担当医師の捺印をしてください。

(医療機関情報)

住 所 千葉県浦安市猫実△—△—△
名 称 浦安□□病院
診 療 科 小児精神科
医師氏名 浦 安 花 子 印
電話番号 047-XXX-XXXX