

記載例

障害福祉サービス利用に関する診断書・意見書

(対象者情報)

住 所 印西市大森〇—〇  
氏 名 印西 太郎  
生年月日 昭和 50 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 (F84)

意 見

- ・発達に遅れがあり、療育が必要である。
- ・就労継続支援 B 型の利用が適当である。

意見・所見・附記等がある場合はご記入ください。どのような状況で、どのサービスの利用が適当であるかご記入ください。

上記の通り診断します。

記入した日付をご記入ください。

令和元年 8 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 千葉県印西市大森△—△  
名 称 印西□□病院  
診 療 科 小児精神科  
医師氏名 印 西 花 子 印  
電話番号 0476-XX-XXXX