

医学的意見書

記載日	年 月 日		
病院名		主治医氏名	印
所在地		電話番号	
児童氏名		男・女	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
主たる疾病・障害			
現在の心身の状況			

※ 記入していただく主治医の方へ
本人及び家族の依頼により、障害児通所支援の支給決定を行う際の資料として重要なので、お手数ですがご記入をお願いいたします。