

# 医師意見書（診断書）

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

下記の事由により療育の必要性を認めます。

下記の事由により療育を受けるための外出が難しいと判断します。

(居宅訪問型児童発達支援の利用希望者のみチェック)

病院名 \_\_\_\_\_ .

住 所 \_\_\_\_\_ .

連絡先 \_\_\_\_\_ .

担当医 \_\_\_\_\_ .