

障害児通所支援にかかる診断書・意見書

(対象者情報)

氏 名

生年月日 年 月 日

病名・診断名 (該当がある場合に記入)

意 見

☐ 下記の事由に該当するため、療育の必要性を認めます。

上記のとおり診断します。

年 月 日

(医療機関情報)

所 在 地  
医療機関名  
診 療 科  
主治医氏名  
電 話 番 号

印

障害児通所支援にかかる診断書・意見書

(対象者情報)

氏 名 成田 太郎  
生年月日 令和 7年 4月 1日

病名・診断名 (該当がある場合に記入)

言語発達遅滞

病名・診断名があれば  
ご記入ください。

意 見

☒ 下記の事由に該当するため、療育の必要性を認めます。

ことばの遅れ

意見・所見・附記等がある場合は  
ご記入ください。

上記のとおり診断します。

令和 7年 4月 1日

記入した日付をご記入ください。

(医療機関情報)

所 在 地 千葉県成田市花崎町〇-〇  
医療機関名 〇〇病院  
診 療 科 小児科  
主治医氏名 成田 花子 印  
電 話 番 号 0 4 7 6 - 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇

医療機関の公印または  
主治医の捺印をしてください。