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 令和　　　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。

令和　　　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 印

電話番号

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・診断名があれば

ご記入ください。

病名・診断名（該当がある場合に記入）

　言語発達遅滞

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。

意見・所見・附記等がある場合はご記入ください。

ことばの遅れ

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○－○

医療機関名 ○○病院

診療科 小児科

主治医氏名 成田　花子

電話番号 ０４７６－○○－○○○○

医療機関の公印または

主治医の捺印をしてください。