

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 _____ .