

# 診断書・意見書

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					
住所 電話番号	〒 Tel (            )            -				

診断名	※医学的診断基準（ICD-10）に基づいた診断名または状態像。確定診断がない場合には、そのことを記載してください。				
病状経過 および 治療内容	※初診日、症状経過、現在の状態についてのご記入をお願いいたします。  ※治療内容（入院歴、通院頻度、最終受診日、処方内容）についてのご記入をお願いいたします。				
心理検査	【検査名】  【実施日】            年            月 ※検査結果報告書がございましたら、別紙にて添付いただきますようお願いいたします。				
修学上の留意 点アドバイス 等	※主診断、合併診断の障がい・疾病の症状に関する事柄をご記入ください。また、留意点やアドバイスについて、診断名の障がい・疾病に直接関係しない内容についてはその旨明記していただきますようお願いいたします。				
医療機関名  診療科  記入日	年		月		日
	主治医名			印	