

(様式第 9 号)

【 参考様式 】

年 月 日

〇〇福祉事務所長 様

(医療機関名) _____

(医 師 名) _____

当院に (入院 ・ 通院) 歴のある _____ 様については、
(下記 ・ 別紙) のとおりです。

記

- 1 診断名
- 2 発病から現在に至るまでの経過及び病状 (経歴 ・ 合併症の有無等)
- 3 これまで実施した知能検査 ・ 発達検査等 (検査名、検査結果 (IQ/DQ)、検査年月日)
療育手帳の判定には、発達期 (18 歳までの間) に知的な遅れがあったことを確認する必要があります。
複数回検査を実施している場合には、お手数ですが、把握できる範囲の全ての検査履歴について、記入願います。
- 4 現在の治療状況 (服薬内容等についてもお知らせください)
- 5 障がい福祉サービス利用に関する御意見 ・ 指示事項 ・ 留意事項等