

診 断 書

ふりがな

氏名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生（年齢 _____ 歳）

就学先：認定こども園等（未満・年少・年中・年長） 小学校（_____年）
中学校（_____年） 高校（_____年）

現住所 〒 _____ 江田島市 _____ 町

診断名 _____

_____ ICDカテゴリ（_____）※ICDカテゴリF0～F9のいずれかを記入してください。

記

- 上記の理由により、通所サービス等の集団もしくは個別での療育・指導が必要である。
- 上記の理由により、通所サービス等の集団もしくは個別での療育・指導が必要でない。

特記事項

令和_____年_____月_____日

医療機関名 _____

所在地 _____

診療科名 _____ 科 医師名 _____ 印