

障害福祉サービス等の申請に係る主治医意見書

申請者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
申請者住所	広島市 区		
病 名	主たる精神障害  ICDカテゴリー( )		
	身体合併症		
サービス利用に かかる留意事項	障害福祉サービス(ホームヘルプ・ショートステイ等)の要・不要及び利用に際しての留意事項 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 留意事項		
	外出時における移動支援の要・不要及び利用に際しての留意事項 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 留意事項		
	障害児通所支援の要・不要 <input type="checkbox"/> 療育の観点から個別療育、集団療育を行う必要があると認められる。 <input type="checkbox"/> 療育の観点から個別療育、集団療育を行う必要があると認められない。		

上記のとおり診断します。  令和 年 月 日 (医療機関名)  (電話番号)  (医師氏名)
--

※ ICDカテゴリーは、F0～F9のいずれかを記載してください。ただし、精神症状のないてんかんについてはGコードを使用してください。