

## 【診 断 書 ・ 意 見 書】

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

診断名	主診断名	※医学的診断基準(ICD-10 または DSM-5)に基づいた診断名もしくは状態像
	合併診断名	
症状経過 および 現在の状態	※上記障害診断の診断基準をどのようにみたしているのかを含め、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。	
心理検査や 行動評価等	<b>【検査】</b>  <b>【測定日】</b> 年      月      (測定日は原則 1 年以内のものでお願いいたします) ※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。	
治療経過	※病気や症状の経過、治療内容(処方等)についてのご記入をお願いいたします。	

(オモテ面)

## 【 診 断 書 ・ 意 見 書 】

※主診断、合併診断の障害・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、主診断・合併診断の障害・疾病に直接関係しない内容についてはその旨明記してくださいようお願いいたします。

生活・修学上  
の留意点  
アドバイス

医療機関名

記入日

年

月

日

主治医名

印

(ウラ面)