

医 学 的 意 見 書

(知的障がい者用)

記載日	年 月 日	病院名		主治医 氏名	印
本人氏名		男女	生年月日	年 月 日	才
診 断 名					
初診までの経過	<p>*18歳以前に知的機能の障がいがあったと判断できる内容 (例として、通知表の評価、成績がクラス最下位、支援学級・支援学校在籍など)</p>				
初診時の主症状					
治療経過					
治療中の症状等					
今後の方針に関する意見					

***記入していただく主治医の先生へ**

- ・ 本人及び家族の依頼により、知的障害者更生相談所で療育手帳の判定を行う際の重要な資料ですので、お手数ですがご記入願います。
- ・ 特に「初診までの経過」欄には、発達期（概ね18歳まで）に知的機能の障がいがあったと判断される内容についてご記入ください。