

主治医意見書

氏名	男 ・ 女 (歳)	生年月日	年 月 日
住所			
診断名			
<p>診断内容</p> <p>1. 身体障害者手帳の肢体不自由の1・2級（下肢または体幹機能の障害を含む） (該当・非該当)</p> <p>2. 重度の知的障害(療育手帳A判定) (該当・非該当)</p> <p>※1・2の両方とも、必ず「該当」か「非該当」を○で囲んでください。</p>			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話番号			
医師名			
印			