

意見書

(療育手帳用) (H25.6)

氏名	昭和 平成 年 月 日生 才 男・女
住所	
電話 () -	
病名	
病歴・現症	
知能検査等の結果 (実施日, 検査名, 検査結果)	
今後の処遇意見 (知的障がいの有無, 精神科治療の要否など)	
平成 年 月 日	
医療機関名 (住所・電話)	
医師氏名	印

福岡市障がい者更生相談所 〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-2-8 tel 713-8900
 (注) 上記の事項が記載されていれば様式は問いません。