

意見書

(療育手帳用) (R3. 4)

氏 名	昭和 平成	生年月日	年	月	日生
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）					
令和 年 月 日 医療機関名（住所・電話） 医師氏名					

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。