様式4号

医 師 診 断 書

氏　　名

生年月日　　　　　 年　　　月　　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名  （障がい名） |  |
| 所見  （障がいの状況等） |  |

上記のとおり診断する。

令和　　　年　　　月　　 日

　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　病 院 名

　 医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（記入にあたっての留意点）

１　本診断書は、知的障がいの状態を証明するものとして求めています。対象生徒が知的障がいの状態であることが分かるように記載してください。

２　発達検査名・検査結果等を所見欄に記載又は添付してください。なお、各検査結果等は本診断書作成日より１年以内の検査情報を記載してください。（最新のもの）

３　所見については、知的面に同年齢の子どもと比較して平均水準より明らかに遅れがあること（他人との意思疎通の様子、自己管理や対人関係の形成などの適応能力、日常生活に必要となる援助等）を可能な限り記載してください。