

(様式7)

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	
本人氏名		男女	生年月日	年 月 日	歳
診断名					
初診までの経過	*新規申請の場合は、18歳以前に知的機能の障がいがあると判断できる内容 (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)				
初診時の主症状					
治療経過					
知能検査の適否及び意見	適 ・ 否				
現在の治療・処方・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。

・新規申請の場合は、「初診までの経過」欄に、**発達期(おおむね18歳まで)に知的機能の障がいがあると判断される内容についてご記入ください。**

・知能検査実施の適否については、現段階での知能検査実施による検査結果数値が、病状の悪さや服薬の影響の作用少なく本来の能力として妥当な数値が出る状態(=「適」)かについてご意見をお書きください。

「否」の場合は、今後「適」となると思われる時期や、その状態像についてご教示ください。