

診 断 書 （療育手帳交付申請用）				
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住 所				
診断名	知的障害（精神遅滞） 原因疾患 （ ）			
知的障害の 症 状				
知的障害の 程 度	最 重 度 ・ 重 度 ・ 中 度 ・ 軽 度			
併存症 および 合併症	精神障害 （ ） 症 状			
	身体障害 （ ） 症 状			
備 考				
上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 病院または診療所名 診療担当科名 医師氏名 印				