様式第２号（知的障がい用）

診　　　　断　　　　書

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　性別（　　　）

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

１　診断名・疾患・病名

２　臨床検査結果

|  |  |
| --- | --- |
| 【知能（発達）検査】 | 【脳波検査】 |
| ○実施検査名（　　　　　　　　　　　）○実施期日　　　　年　　月　　日○検査結果（IQ等）及び所見など | ○実施期日　　　　年　　月　　日○検査結果及び所見など |

３　精神・身体症状　※該当箇所にチェックし、詳細を「特記事項」に記載する。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 聞くことの苦手さ |  | 対人スキルの未熟さ | [特記事項] |
|  | 読み書きの困難さ |  | 感覚過敏 |
|  | 計算の困難さ |  | 不安 |
|  | 語彙の不足 |  | 睡眠障がい |
|  | 不注意 |  | 登校困難 |
|  | 多動 |  | 暴言・反抗 |
|  | 衝動性 |  | パニック |
|  | こだわり（固執性） |  | その他 |

４　所　　見（医療的な配慮事項や服薬等）

|  |
| --- |
|  |

令和　　　年　　　月　　　日

所在地

病（医）院名

医師（氏名）