　　　　　　 　　令和　　年　　月　　日

主　治　医　意　見　書

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

医師氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 | 生年月日 |
|  | 平成　　年　　月　　日　　生  （　　　　歳） |

　上記の児童に関する意見は下記のとおりです。

|  |
| --- |
| （１）診断名 |
| （２）食事配慮に関する意見 |

この診断に関する文書料が必要かどうかは、直接医療機関に確認ください。