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。