**長崎市放課後等デイサービス事業利用診断書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　所 |  |
| 病　　　名ICD-10 による分類(Ｆ80-Ｆ98) |  |
| 発達状況 |  |
| 利用を必要とする理由 |  |
| 　上記のとおり長崎市放課後等デイサービス事業を利用する必要を認めます。　　　　平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　医療機関所在地　　　　　　　　　名　　　　　称　　　　　　　　電　話　番　号　　　　　　　　医　師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |