

(様式第6号の2)

(参考様式)

第 号
年 月 日

(医 療 機 関 名) 様

長

病状の照会について (依頼)

知的障がい者福祉業務につきましては、平素から格別の御理解と御協力を賜り、厚く感謝申し上げます。

さて、このたび貴院に入院・通院中の下記の者から相談があり、判定の資料として必要なため、別紙により診断名・病状等に関しまして情報をお寄せくださいますようお願いいたします。

なお、当該情報の提供については、本人又は保護者の同意を得ています。また、いただいた回答については、上記目的以外には使用せず、取り扱いには十分注意することを申し添えます。

記

1 氏 名

2 生年月日 年 月 日

3 住 所

(事務担当 職 氏名 電話)