

(様式第3号)

医師意見書

氏名

男・女

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日

上記の者については次のような所見で、機能訓練を受けることが適当と認めます。

・診断名

・発病からの治療経過

・現在服用中の薬剤名及び量

・機能訓練実施上の注意及び禁止事項

・その他、ご意見など

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話

医師名

印