

障害児通所支援の利用に係る医師意見書

氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	
診断名 ※診断できない場合は、可能性のある疾病・障害名を記入してください。	
障害の状況・程度	知的障害、学習障害、発達障害関連症状、精神症状など本人の具体的な障害の状態を詳細に記入してください。
必要とする療育支援の内容等	主たる支援が必要なものに◎、支援が必要なものに○を記入してください。 身体 () 知的 () 社会性 () 具体的な支援内容及び療育上必要な配慮について下欄に記入してください。 ()
年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師氏名	

【記入していただく主治医の方へ】

本人及び家族の依頼により、障害児通所支援の支給決定を行う際の資料として重要ですので、お手数ですが全ての項目にご記入をお願いいたします。

障害児通所支援の利用に係る医師意見書

氏名	知立 太郎
生年月日	令和 ○ 年 △ 月 × 日 (□ 歳)
住所	知立市○○町□丁目△番地
診断名 ※診断できない場合は、可能性のある疾病・障害名を記入してください。	自閉スペクトラム症 (の疑い)
障害の状況・程度	知的障害、学習障害、発達障害関連症状、精神症状など本人の具体的な障害の状態を詳細に記入してください。 ・言語、運動発達に遅れがある ・コミュニケーションが苦手 ・切り替えの苦手さ ・こだわりの強さ ・感覚の過敏と鈍感さ ・年齢相応より半年くらいの遅れがある
必要とする療育支援の内容等	主たる支援が必要なものに◎、支援が必要なものに○を記入してください。 身体 () 知的 (○) 社会性 (◎) 具体的な支援内容及び療育上必要な配慮について下欄に記入してください。 ・集団療育を受けることにより、コミュニケーションなど社会的スキルを身につけることが必要。 ・学習の遅れやつまづきを解消するため、個別療育が必要である。 ・歩行が不安定なため、見守りが必要。
年 月 日	医療機関所在地 医療機関名 医師氏名

【記入していただく主治医の方へ】

本人及び家族の依頼により、障害児通所支援の支給決定を行う際の資料として重要ですので、お手数ですが全ての項目にご記入をお願いいたします。