

障害児通所支援利用にかかる医師意見書

保護者	氏 名		生 年 月 日
	フリガナ		大・昭・平
			年 月 日
	居住地	〒 - 電話番号 ()	
対象児童	氏 名		生 年 月 日
	フリガナ		平成 年 月 日

療育の必要性について	<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/> <hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>
------------	---

上記のとおり意見書を提出する。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当科名

作成医師氏名

印

障害児通所支援とは

- 児童発達支援(ただし、医療型を除く。)

未就学の障害児に対し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技術の付与、集団生活への適応訓練等を行う。

- 放課後等デイサービス

就学している障害児に対し、放課後や休業日に生活能力の向上のために必要な訓練等を行う。

- 保育所等訪問支援

保育所等に通う障害児に対し、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を行う。

記入例

障害児通所支援利用にかかる医師意見書

※太枠内は保護者が記入

保護者	氏名		生年月日
	フリガナ カワニシ イチロウ		大・昭・平
	川西 一郎		○×年 ○月 ×日
居住地	〒666-8501		
	川西市中央町12番1号 電話番号 072 (740) 1178		
対象児童	氏名		続柄
	フリガナ カワニシ キンタ		生年月日
川西 きんた		次男	平成 ×△年 ○月 △日

療育の必要性について	記載内容は次のとおりです。
	<p>○診断名があれば診断名(広汎性発達障害の疑い、など)</p> <p>○療育の必要性とその理由について (療育の必要性についてご記載いただくとともに、療育が必要であるという判断の理由として、直近の発達検査の数値や発達のアンバランスさについての所見などをご記載ください。検査結果などは別紙としていただいても構いません。)</p> <p>例) 下記を事由として、特にコミュニケーション面での療育の必要性があると判断する。</p> <p>全検査73(低い、境界域) 言語理解68(非常に低い) 知覚推理102(平均) ワーキングメモリー76(低い、境界域) 処理速度64(非常に低い)</p> <p>見て理解し考える能力は年齢相応の水準にある一方で、言葉で理解し考える力や人の話を聞く力、単純で機械的な作業の処理能力は3~4学年程度の遅れがあると思われる。</p>

上記のとおり意見書を提出する。

平成 27 年 4 月 1 日

医療機関名 川西こどもクリニック

所在地 川西市中央町12番2号

診療担当科名 小児科

作成医師氏名 川西 健康

印

障害児通所支援とは

- 児童発達支援(ただし、医療型を除く。)

未就学の障害児に対し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技術の付与、集団生活への適応訓練等を行う。

- 放課後等デイサービス

就学している障害児に対し、放課後や休業日に生活能力の向上のために必要な訓練等を行う。

- 保育所等訪問支援

保育所等に通う障害児に対し、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を行う。