

障害児通所支援利用にかかる医師意見書(診断書)

児童氏名：

生年月日：

診断名：

(診断名がついている場合は記入、ついていない場合は空欄で構いません)

☐ 下記の事由により、療育の必要性を認めます。

☐ 下記の事由により、療育を受けるための外出が難しいと判断します。

(居宅訪問型児童発達支援の利用希望者のみ)

記

○本児の障害の状況や発達の状況についてご記入ください。

○援助の方向性等をご記入ください。

年 月 日

医療機関名

担当医師

所在地

連絡先

※参考情報として、発達検査等の結果があれば可能な範囲で添付をしてください。