障害児通所支援にかかる医師意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　（　　　　　歳） |

　上記の児童について，発達上の課題が認められるため，障害児通所支援の利用を要する。

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名  （疑い含む） |  |
| 障害の状況等  及び  療育の必要性について |  |
| 年　　　　月　　　　日  医療機関名  所在地  診療担当科名  作成医師氏名 | |

障害児通所支援とは

　○児童発達支援（ただし，医療型を除く。）

　　未就学児の障害児に対し，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。