

記入例

障害児通所支援にかかる医師意見書

氏 名	東海 太郎
住 所	東海村村松 2 0 0 5 番地
生年月日	平成○×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)	自閉症スペクトラム障害
障害の状況等 及び 療育の必要性 について	<p>例) 認知発達に遅れはみられないものの、対人認識は乏しく一方的なコミュニケーションやこだわりといった自閉症スペクトラム障害に特徴的な行動がみられました。</p> <p>療育にて、コミュニケーションの練習の機会を作ること等が必要であると考えます。</p>
<p>令和6年 10月 1日</p> <p>医 療 機 関 名 ○○病院</p> <p>所 在 地 東海村東海三丁目7番1号</p> <p>診療担当科名 小児神経科</p> <p>作成医師氏名 (自署)</p>	

診断名があれば診断名
(疑いの場合“○○障害の疑い”と記載)

療育・相談支援が必要であるという判断の理由や
障害の状況、援助の方向性等を記入してください。

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。