障がい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 |  |
| 上記のとおり、障害児通所支援の利用が必要と診断します。  　　　　　　年　　　　月　　　　日  医療機関の住所  医療機関の名称  　担当医師  　※氏名を自署する場合には、押印を省略できます。 | |