【宇部市】障害児通所支援利用に係る医師意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 居住地 |  | | |
| 診断名  （疑い含む） |  | | |
| 療育等の必要性について |  | | |
| その他  特記事項 |  | | |
| 以上のことから、療育等の必要性を認めます。  　　　　　　　　　作成日(※)　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　所在地  診療担当科名  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自署の場合は押印不要 | | | |

※本意見書の有効期間は、作成日より起算して概ね３か月です。

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。