【宇部市】障害児通所支援利用に係る医師意見書

児 童 氏 名	**宇部　太郎**	生年月日	**令和 ○ 年 □ 月 × 日（ △ 歳）**
居　住　地	**宇部市常盤町一丁目７番１号**		
診　断　名 （疑い含む）	**自閉症スペクトラム障害** 診断名があれば診断名（疑いの場合“○○障害の疑い”と記載）		
療育等の必要性について	**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。** **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。** 療育等が必要であるという判断の理由や今後の支援の方向性等を記入してください。		
その他 特記事項	「少人数での療育が望ましい」等、ご意見があれば記入してください。		

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。

身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳、特別児童扶養手当等を所持している児童は、意見書の提出は不要です。

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

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。