

湯沢町 児童通所支援利用にかかる医師意見書

申請者 (保護者)	氏 名		生 年 月 日	
	フリガナ		年 月 日	
	住所	〒 ー		電話番号 ()

対象 児童	氏 名		続柄	生 年 月 日	
	フリガナ			年 月 日	

診 断 名	
療育の必要性について	

上記により、児童通所支援の利用が必要と考えます。

年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

診 療 科

医 師 氏 名

印

<児童通所支援について>

○ 児童発達支援

未就学の児童で、障害者手帳を持つ児童や療育を受けなければ福祉を損なう恐れのある児童を対象に、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もの。

○ 放課後等デイサービス

学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園・大学を除く）に就学している児童で、障害者手帳を持つ児童や療育を受けなければ福祉を損なう恐れのある児童を対象に、放課後や休日に生活能力の向上のために必要な訓練や社会との交流促進などを行うもの。

記入例

湯沢町 児童通所支援利用にかかる医師意見書

※太枠は保護者が記入

申請者 (保護者)	氏 名		生 年 月 日	
	フリガナ ユザリ タロウ		昭和 ○ 年 △ 月 □ 日	
	湯沢 太郎			
	住所	〒 9 4 9 - 6 1 0 1 湯沢町大字湯沢〇〇番地		電話番号 0 2 5 (7 8 ×) □□□□
対象 児童	氏 名		続柄	
	フリガナ ユザリ イロウ		長男	平成 ● 年 ▲ 月 ■ 日
	湯沢 一郎			

診 断 名	診断名（広汎性発達障害、注意欠陥多動障害など）
療育の必要性について	記載内容は次のとおりです。 ○ 療育の必要性とその理由について （療育の必要性についてご記載いただくとともに、療育が必要であるという判断の理由として、直近の発達検査の数値や発達のアンバランスさについての所見などをご記載ください。検査結果などは別紙としていただいても構いません。） 例）下記を事由として、特にコミュニケーション面での療育の必要性があると判断する。 全検査73（低い、境界域） 言語理解68（非常に低い） 知覚推理102（平均） ワーキングメモリー76（低い、境界域） 処理速度64（非常に低い） 見て理解し考える能力は年齢相応の水準にある一方で、言葉で理解し考える力や人の話を聞く力、単純で機械的な作業の処理能力は3～4学年程度の遅れがあると思われる。

上記により、児童通所支援の利用が必要と考えます。

年 月 日

医 療 機 関 名 ●●病院

所 在 地 新潟県・・・・・・・・

診 療 科 ▲▲科

医 師 氏 名 ×× ×× 印

<児童通所支援について>

○ 児童発達支援

未就学の児童で、障害者手帳を持つ児童や療育を受けなければ福祉を損なう恐れのある児童を対象に、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もの。

○ 放課後等デイサービス

学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園・大学を除く）に就学している児童で、障害者手帳を持つ児童や療育を受けなければ福祉を損なう恐れのある児童を対象に、放課後や休日に生活能力の向上のために必要な訓練や社会との交流促進などを行うもの。