**療育に関する意見書**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日（満　　　歳）　　未就学　・　就学 |
| **住所** |  |
| **診断名**  ※診断ができない場合は、可能性のある疾病、障害名などを記載してください。 |  |
| **障害の状況**  **並びに程度** |  |
| **障害児通所支援の利用に対する意見** | **□** 療育の視点から集団療育および個別療育を行う必要がある。  **□** 肢体不自由があり、理学療法などの機能訓練または医療的管理下での支援を行う必要がある。  **□** そのほかの意見について。 |

**【作成日】**　　　　　　　年　　　月　　　日

**【医療機関名】**

**【医師氏名】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※本意見書の有効期間は、作成日より起算しておおむね３カ月とします。