

障害児通所支援に係る医師意見書

氏名	
生年月日等	年 月 日生 未就学 ・ 就学
居住地	〒 ー
診断名	
障害の状況 並びに程度	
障害児通所支援 に対する意見	<input type="checkbox"/> 療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要がある。 <input type="checkbox"/> 肢体不自由があり、理学療法等の機能訓練又は医学的管理下での支援が必要である <input type="checkbox"/> その他(下欄にご記載ください) 〔 〕

(作成日) 年 月 日

(医療機関名称及び所在地)

(医師氏名) _____ 印