

障害児通所支援にかかる意見書

氏 名		生年月日 年 月 日
居住地		

上記の児童について、発達上の課題が認められるため、障害児通所支援の利用を要する。

診断名 (疑い含む)	
障害の状況 及び 療育の必要性に ついて	
年 月 日 所属名 _____ 氏名 (自署) _____ 〈職種〉 医師・保健師・臨床心理士・公認心理士	

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。

障害児通所支援にかかる意見書

氏 名	深谷 太郎	生年月日 平成 3 0 年 4 月 3 日
居住地	深谷市仲町 11-1	

上記の児童について、発達上の課題が認められるため、障害児通所支援の利用を要する。

診断名 (疑い含む)	自閉症スペクトラム障害
障害の状況等 及び 療育の必要性について	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。

診断名があれば診断名
(疑いの場合“〇〇障害の疑い”と
記載)

療育・相談支援が必要であるという判断の理由や
障害の状況、援助の方向性等を記入してください。

令和 6 年 4 月 1 日
所属名 〇〇病院 小児科
氏名 (自署) 〈職種〉 医師・保健師・臨床心理士・公認心理士

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。