

桑名市 児童通所支援利用にかかる医師の意見書

対象児童	氏名		生年月日			
	フリガナ		年 月 日			
	住所					
診断名 (疑い含む)						
療育の必要性	有 ・ 無					
療育の必要性についての判断理由  ・ 発達上の課題 ・ 障害の状況 ・ 発達検査の結果 ・ 援助の方向性 などを記入						
<p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>診療科</p> <p>作成医師名</p> <p>(自著または記名押印)</p>						

<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。