

記載例

障害児通所支援にかかる医師意見書

氏 名	滝沢 太郎
住 所	滝沢市中鵜飼 5 5 番地
生年月日	令和 5 年 4 月 1 日 （2 歳）

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	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。
障害の状況等 及び 療育の必要性 について	<p>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。</p>	
<p>令和 7 年 1 2 月 1 日</p> <p>医 療 機 関 名 滝沢病院</p> <p>所 在 地 滝沢市菓子 1 - 1</p> <p>診 療 担 当 科 名 児童精神科</p> <p>作 成 医 師 氏 名 （自署又は記名押印）</p> <p>（自署又は記名押印）</p>		療育が必要であるという判断の理由や障害の状況、支援の方向性等を記入してください。

障害児通所支援とは

○児童発達支援

主に未就学児の障害児に、日常生活での基本動作や集団生活への適応訓練等を行います。

○放課後等デイサービス

学校通学中の障害児に、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流等を行い放課後等の居場所づくりをします。

○保育所等訪問支援

保育所・幼稚園・小学校等に通う障害児等について、施設における障害児以外の児童との集団生活への適応のための支援を行います。