

## 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	〒 -
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なう必要がある <input type="checkbox"/> 肢体不自由があり、理学療法等の機能訓練又は医療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】

（自署）

※ 本意見書の有効期間は、作成日より起算して概ね3か月