

医 学 的 意 見 書

記載日	年 月 日		
医療機関名			
主治医氏名	印		
所在地		電話番号	
児童氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
療育の必要性（どちらかに○）		有 ・ 無	
主たる 疾病・ 障害名			
児童の 発達に おける 所見・ 課題 について			

※ 記入していただく主治医の方へ
 本人及び家族の依頼により、障害児通所支援の支給決定を行う際の資料として重要なので、お手数ですがご記入をお願いいたします。