

# 児童福祉法に基づく障害児通所給付利用決定に係る医師意見書

沼津市福祉事務所

<b>(ふりがな) 対象児童氏名</b>		<b>性別</b>	男・女	<b>生年月日 (年齢)</b>	年 月 日 ( 歳)
<b>住 所</b>	〒410- 静岡県沼津市				
<b>診断名等</b>	診断名( ) 発達年齢/生活年齢( / ) 発達検査名( ) 発達検査結果等				
<b>現在の 発達 状況</b>	<b>知的障害</b>	発達の遅れ(無・軽度・中度・重度・その他 ) コミュニケーション手段(言葉・手振り身振り・なし・その他 ) 理解言語(無・有(ごくわずかな単語のみ・単語・2語文・2語文以上・その他 ) その他特記事項 ( )			
	<b>行動上の 問題</b>	1. 興奮 2. 多動 3. 自傷 4. 他害 5. 不潔 6. 器物破壊 7. 徘徊 8. パニック 9. 排泄についての不適応(尿失禁・便失禁・便秘・その他 ) 10. 食事についての不適応(拒食・異食・反すう・大食・小食・偏食・その他 ) 11. 睡眠について (昼夜逆転・不眠・途中覚醒・その他 ) 12. その他( )			
	<b>身体状況</b>	麻痺(軽度・中度・重度・無) 麻痺の部位・状況(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・体幹・その他 ) 座位(不可・支え必要・自立・その他 ) 立位(不可・つかまり立ち・自立・その他 ) 歩行(不可・支え必要・自立・その他 ) 日常生活用具、補装具等の使用状況 ( ) その他特記事項 ( )			
<b>専門的療育の必要性の有無</b>		必要 ・ 不要 〔所見〕			
療育上の注意・留意事項					
上記のとおり児童福祉法のサービスの必要性について意見します 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診断担当科名 医師氏名					