

記入例

サービス利用に係る医師意見書

(児童通所給付サービス)

フリガナ エドガワ タロウ
対象者氏名 江戸川 太郎

生年月日 平成・令和 2年 1月 1日 (3 歳)

住所 江戸川区 中央1-4-1-101

上記の児童につきまして、専門機関での療育・相談指導を必要とします。

診断名 自閉症スペクトラム障害

診断名がついている場合は記入、
ついていない場合は空欄で構いません。

本児の状態像

療育・相談指導が必要であるという判断の理由や障
害の状況、援助の方向性等を記入してください。

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られます。

令和 5年 4月 1日

医療機関名 ▲△クリニック

医療機関所在地 江戸川区中央1-4-1

医師氏名 江戸川 一郎

江戸川