

児童通所支援利用に係る診断書・意見書

徳島市長 宛

| | | | | |
|------|------|-----|---------|--|
| 対象児童 | 氏 名 | | 生年月日 | |
| | フリガナ | | 平成 ・ 令和 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | 住 所 | 徳島市 | | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| 診断名 または 現在の様子 (支援が必要な理由) | <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ことばの遅れ ・コミュニケーションが苦手 ・目があわない ・指さしをしない ・落ち着きがない ・こだわりが強い ・呼びかけにこたえない ・他の子に関心がない <p>診断名（自閉スペクトラム症、注意欠如多動症 等）を有する場合は、診断名をご記入ください。 「〇〇の疑い」も含まれます。</p> |
| 児童通所支援の必要性 | 有 ・ 無 |
| その他 | (発達検査の結果、特記事項等) |

上記のとおり意見を提出します。

年 月 日

記入した日付をご記入ください。

医療機関名：

所在地：

医師氏名：

印

署名または記名押印をお願いします。

連絡先：