（児童発達支援・放課後等デイサービス）通所判定書

|  |  |
| --- | --- |
| １．児童名 | （　　　　　年　　　月　　　日生）　　 |
| ２．住所 |  |
| ３．原傷病名 |  |
| ４．障がい名 |  |
| ５．その他心身の状況（特記事項） |  |
| ６．通所の必要性 | （１）必要　　　（２）不必要 |
| 上記のとおり判定しました。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　医療機関　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |