

(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 (印)	