

療育に関する意見書

氏名	男・女	生年 月日	年	月	日
		(満	歳)	就学・未就学	
住所	連絡先 ()				
日常生活の 介助度	衣 服	1. 脱げない 2. 着れない 3. ボタン不能 4. 自立			
	食 事	1. 全介助 2. 一部介助 3. 自立			
	排 泄	1. オムツ必要 2. オムツ不要 3. 全介助 4. 一部介助 5. 自立			
	入 浴	1. 全介助 2. 一部介助 3. 自立			
	睡 眠	1. 夜眠らず騒ぐ 2. 時々不眠 3. 寝ぼける 4. 問題なし			
	危 険 物	1. 理解不能 2. 特定の物場所は理解 3. 大体理解 4. 問題なし			
	座位保持等	1. 一人のできる 2. 時間がかかるが一人のできる 3. 一部介助 4. 不能 <small>*「座位保持・正座・横座り・あぐら・脚を投げ出し立ち上がる」の状況で判断</small>			
	移 動	1. 一人で歩行できる 2. 手すりや歩行器等を要して自力移動 3. 車椅子を使用して自力移動 4. 床上で這うことは可能 5. 床上のいざり移動が可能 6. 介助を要する			
	言語状況	1. 発声 (有・無) 2. 発語 (単語・2語文以上) 3. 異常なし			
	呼吸状況	1. 呼吸管理を要する (人工呼吸等) 2. 呼吸管理を要しない			
てんかん発作	1. 日に頻回 2. 週1回以上 3. 月1回以上 4. 年1回以上 5. なし				
日常生活の介助・指導の必要度	1. 極めて手数の係る介助を必要とする 2. 比較的簡単な介助と生活指導を要する 3. 生活指導を必要とする 4. 生活指導の必要がない				
療育の必要性	1. 生活全般に療育指導を要する 2. 随時一応の療育指導を要する 3. 療育指導の必要性は低い				
専門的見地からの療育の種類・回数	1. 集団指導 (頻度：月		回程度)
	2. 個別指導 (頻度：月		回程度)
専門的見地からの支援上の留意事項					
診 断 名					
(診断ができない場合、可能性のある疾病・障害名等を記載してください。)	*重症心身障害児の場合、別添の「大島分類」「超・準超重症児 (者) スコア」も併せて提出。知的・発達障害の場合、検査用紙 (知能・発達検査名、実施日、IQ (DQ)、検査者 (氏名・所属)) の写しも提出。医師以外の記載の場合、障害の有無の判断に関する資料を添付。				
その他判定					
上記のとおり意見を添えます。					
令和 年 月 日					
所属機関名					
記載者氏名					印
記載者の専門 (医師 ・ 保健師 ・ 臨床心理士 ・ その他 ())					