

# 児童福祉サービス利用に関する意見書

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏名				
住所	連絡先( )			
日常生活の介助度	食事	1.全介助 2.一部介助 3.自立		
	排泄	1.全介助 2.一部介助 3.自立		
	移動	1.全介助 2.一部介助 3.自立		
	入浴	1.全介助 2.一部介助 3.自立		
	睡眠	1.眠らず騒ぐ 2.時々不眠 3.問題なし		
	座位保持	1.全介助 2.一部介助 3.自立		
	危険認知	1.理解不能 2.特定の物場所は理解 3.全て理解		
	意思疎通	1.全介助 2.一部介助 3.自立		
	癪癩	1.毎日 2.時々 3.ほとんどない		
	医療的ケア	1.あり(医ケアスコア表の記載必須) 2.なし		
診断名				
療育の必要性	1.生活全般に療育指導を必要とする 2.随時一応の療育指導を必要とする 3.療育指導は必要なし			
療育の必要性に関する意見	(具体的な理由)			
その他検査等	検査実施日【 】発達検査名【 】IQ(DQ)【 】			
南風原町長様 上記の通り意見を添えます。				
年 月 日	医療機関名	住 所	印	医師の氏名