

# 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<br>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         |      |       |
|   | 癩癩   | 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<br>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<br>3.療育指導は必要なし |                           |      |       |
| 療育の必<br>要性に関<br>する意見  | (具体的な理由)   |                           |      |       |
| その他<br>検査等  | 検査実施日【 】 発達検査名【 】 IQ(DQ)【 】                        |                           |      |       |
| 南風原町長 様<br>上記の通り意見を添えます。<br><br>年 月 日 医療機関名<br>住 所<br>医師の氏名 印 |  |                           |      |       |