

# 児童通所サービス等 (18歳未満)

サービスの利用状況	支援の種類	具体的な内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input checked="" type="checkbox"/> 言語療法
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input checked="" type="checkbox"/> 作業療法
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 心理療法
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 理学療法
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<input type="checkbox"/> 個別保育
	他利用している福祉サービス	<input type="checkbox"/> 集団保育
	<input type="checkbox"/> 日中一時	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	
	<input type="checkbox"/> 移動支援	
	<input type="checkbox"/> 他( )	
相談支援事業所名 相談支援専門員名 連絡先	○○事業所 洲本 次郎さん ○○一○○○○	<input checked="" type="checkbox"/> 計画相談 <input type="checkbox"/> 委託相談
障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 2種 1級	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 判定 B2
取得年月日	20○○年 ○月 ○日	20○○年○月○日
特記事項  ○○才発症:自立支援医療(精神) てんかん治療中		