（施行令第11条・12条通知関係　参考様式⑤－ウ）【肢体不自由者用】

専門的診断の記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童  生徒 | ふりがな  氏　　名 | 平成　　年　　月　　日生 　　 （満　　歳） | 性別  男・女 |
| 住　　所 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断名 | | | |  |
| 原因 | | | |  |
| 発病年月日 | | | | ○○　　年　　月　　日 |
| 身体機能 | 上肢障害度 | | |  |
| 下肢・体幹  障　害　度 | | |  |
| 言語障害度 | | |  |
| 日常生活動作  障 　害　 度 | | |  |
| 随伴障害 | 視覚障害 | | |  |
| 聴覚障害 | | |  |
| 身体機能改善の  可能性 | | ２年後 |  | | |
| 小学校卒業時 |  | | |
| 中学校卒業時 |  | | |
| 将来の職業生活の  可能性 | | |  | | |
| 整形外科的処置の  必要性 | | |  | | |
| 診断医の意見と指導事項 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日  医療機関名  医師氏名 | | | | | |