（岐阜市教育委員会様式）

|  |
| --- |
| 住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　年齢　　　　　　歳 |
| 病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※複数チェック可**□**　**ＡＳＤ（自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害）**　　　□他人との社会的関係の形成の困難さ　　　□言葉の発達の遅れ　　□興味や関心の狭さ　特定のものへのこだわり　□感覚の特性（例音過敏等　　　　　　　　）補足　事項**□　ＡＤＨＤ（注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害）**　　　　□不注意　　□多動性　　□衝動性　　　　　補足　　　　事項**□　ＳＬＤ（限局性学習症／限局性学習障害）**　　　□読字の困難さ　　□書字の困難さ　　　□計算の困難さ　　　　補足　　　　事項**□　ＤＣＤ（発達性協調運動症／発達性協調運動障害）**□手先の不器用さ　　□運動の極端な苦手さ　　　　補足　　　　事項**◇　選択性かん黙**支援が必要な理由**◇　その他（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**　　　例）適応障害、解離性障害、不安障害、統合失調症　等支援が必要な理由　　　　　　　　　　 |
| 　上記の通り診断し、教育上の支援の必要性が認められます。　　　　　　　年　　月　　日　　　住　　　所医療機関名　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　医師氏名　　　　　　　　　　印 |

**診　断　書**

　 特記事項　１．該当する□にㇾを記入してください。複数チェック可です。

　　　　　　 ２．就学先の判定に用いる診断書は、本様式、各医療機関所定様式のどちらを使用していただいても構いません。