

証 明 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

上記の者は、下記の状態により歩行に介助者の注意等が必要であると認められます。

記

- ☐ 多動又は行動の停止
- ☐ パニックや不安定な行動
- ☐ 叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為
- ☐ 環境の変化により突発的に通常と違う声を出す
- ☐ 突然走っていなくなるような突発的行動
- ☐ その他

令和 年 月 日

医療機関の名称
(療育機関の名称)

所 在 地

医 師 名
(管理者・責任者名)

