

通所経歴（児童発達支援事業所、放課後等デイサービス等）

施設名	所属期間				
	歳	か月	～	歳	か月
	歳	か月	～	歳	か月
	歳	か月	～	歳	か月

かかりつけの医療機関

医療機関名	初診日	主治医	備考（診断等）
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		

発達に関わる検査について

検査名	実施時期	検査機関	結果
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		