|  |
| --- |
| 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） |