【 発達障害に関する医療機関情報調査票 】

令和8年
12月24日(木)締切

回答先　FAX：027-224-4776（精神保健室精神保健・発達支援係 あて）※送信票は不要です。
MAIL：shougai@pref.gunma.lg.jp（件名：「発達障害に関する医療機関情報調査について」）

1　医療機関情報

医療機関名			
医療機関所在地	〒　　ー		
記入者名	様	電話番号	（　　）　　ー
E-mailアドレス	@		
WebサイトURL			

診察日・診察時間	曜日／時間	月	火	水	木	金	土	日
（診察時間を記入）	午前（　：　～　：　）							
（該当曜日欄に〇）	午後（　：　～　：　）							

2　発達障害（神経発達症）に関する診療について

※発達障害とは自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、限局性学習症等を指します。

◆発達障害に関する診療等に***対応していない場合***、
右枠に〇を御記入ください（以降の記載は不要です）。

対応していない

◆***対応されている場合***、以下に御回答ください。

発達障害に対応する診療科				
対象年齢 （該当項目に〇）	1．乳幼児　2．小学生　3．中学生　4．15～18歳未満 5．18歳以上　6．その他（　　）			
診療領域	自閉スペクトラム症（ASD）	注意欠如・多動症（AD/HD）	限局性学習症（SLD）	その他（　　）
（該当欄に〇）→				

対応可能な診療等①	基本診療・治療					療育・プログラム						
	診断	薬物療法	カウンセリング・心理療法	認知行動療法	その他（自由記載）	発達支援（療育）	言語療法	理学療法	作業療法	SST（ソーシャルスキルトレーニング）	デイケア ショートケア リワーク等	その他（自由記載）
（該当欄に〇）→												

対応可能な診療等②	心理検査等		意見書・診断書作成等						その他			
	知能検査	その他の検査	精神障害者保健福祉手帳	自立支援医療	障害者総合支援法における障害程度区分認定	特別児童扶養手当	障害年金（精神の障害）	成年後見	福祉・生活相談	家族支援（家族相談、ペアレントトレーニング）	その他（自由記載）	
（該当欄に〇）→												

初診予約の必要	要予約	◆診療情報提供書等が必要な場合、御記入ください。	予約不要
（該当欄に〇）→		（　　）	
初診までの期間	約　　ヶ月待ち　※1		

◆その他、予約時の留意点や注意事項等があれば御記入ください。
（　　）

情報公開の可否	公開可	◆注意、必要事項等があれば御記入ください。	非公開
（該当欄に〇）→		（　　）	

※1　各医療機関の“初診までの期間”は公開しませんが、県内の平均と最長期間は厚生労働省へ報告する予定です。

御協力いただき、ありがとうございました。