

記入年月日： 年 月 日



<発達検査・報告面談 申込書>

お子さんの名前 <small>こ なたまえ</small>			保護者の名前 <small>ほごしや なまえ</small>		
お子さんの生年月日・性別	年 月 日 (歳)		男 ・ 女		
在学学校・園	(学年：)				
現住所	(〒 -)				
連絡先	(電話番号) (FAX番号)				
診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診断名は出ていないが () の疑いがあると考えている <input type="checkbox"/> 有 (診断名 , いつ頃 ; どの機関で , 担当医・者)				
発達検査について	当センターで発達検査をこれまでに受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		当センター以外で発達検査をこれまでに受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (どこで？)		
	有、の方におたずねします。具体的に何の検査を受けられましたか？ <input type="checkbox"/> PEP-R <input type="checkbox"/> PEP-III <input type="checkbox"/> AAPEP <input type="checkbox"/> WISC-III <input type="checkbox"/> その他 ()		有、の方におたずねします。具体的に何の検査を受けられましたか？ <input type="checkbox"/> PEP-R <input type="checkbox"/> PEP-III <input type="checkbox"/> AAPEP <input type="checkbox"/> WISC-III <input type="checkbox"/> 新版K式 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	最近受けられた発達検査についておたずねします。 いつ頃？ () どの機関で？ () 担当医・者？ () どのような診断・説明を受けましたか？ ()				
今回申し込みをされたきっかけや理由などをご記入下さい。					
今回のセンターのご利用にあたり、保護者の方の要望・希望などについてお聞かせ下さい。 あてはまる項目にチェックをつけて下さい（複数チェック可）。 <input type="checkbox"/> 現在のお子さんの発達の状況が知りたい <input type="checkbox"/> 自閉症や発達障害の疑いがあるかどうか知りたい <input type="checkbox"/> 日常生活のアドバイスがほしい <input type="checkbox"/> 園や小学校に情報提供などをしてセンターと連携をしてほしい <input type="checkbox"/> その他（具体的に)					
シート受付日： 年 月 日			担当者 *センター記入欄		
検査実施予定日： 年 月 日 (: ~ :)					
検査報告予定日： 年 月 日 (: ~ :)					
書類送付日： 年 月 日			*センター記入欄		