

保護者各位

社会福祉法人 北摂杉の子会
こども発達支援センターaz

OB 向け

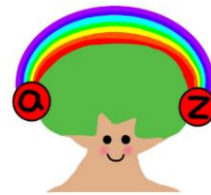
療育 OB 向け 療育相談のご案内

平素は、当法人へのご協力・ご支援を賜り誠にありがとうございます。社会福祉法人北摂杉の子会では、こども発達支援センターazでの療育を終了された方を対象に、実費による「療育相談事業」を実施しております。療育終了後にご家庭や園・学校などで一般論では解決しにくい問題や困った行動について、一人ひとり違う子供さんの行動特性や認知面を把握できたスタッフと具体的にその原因や支援方法を共に考え、リアルタイムで個別にご相談に応じます。療育を終了したらどこに相談すればいいのだろうか？と困った時に是非ご利用ください

療育相談をご希望の方は、裏面の申込書に必要事項を記入の上、お電話またはFAXで下記の宛先までお申し込み下さい。

記

1. 日 時：原則として月曜日
※保護者様と日程、時間の調整をして、相談日を決定いたします
2. 相談場所：こども発達支援センターaz
3. 相談対象：平成30年度以前にこども発達支援センターazの療育をご利用して頂いた経験のある保護者様
4. 担 当：こども発達支援センターazの療育スタッフ
5. 費 用：60分…3000円
90分…4500円
120分…6000円
6. 申込方法：下記までお電話もしくはFAXでお申込みください。



申込先

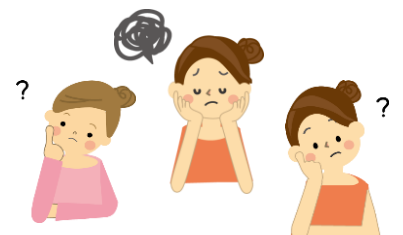
お電話の場合：06-6654-8777

FAXの場合：06-6654-8780

7. 決定通知：後日、書面にてご連絡をさせていただきます。

<主な相談内容>

- ・家庭で取り組める子供へのかかわり方や今必要な支援について
- ・教育上の不安や心配ごと、親子関係などの子育ての上での悩み
- ・保育園、幼稚園、学校での問題行動などに関する保護者、先生の悩み
- ・家庭、学校、地域での問題（不登校、ひきこもり、いじめに関する困りごとなど）
- ・就学、進路、進学に関する事柄など



《お問い合わせ先》 社会福祉法人北摂杉の子会 こども発達支援センターaz

【住所】〒558-0003 大阪市住吉区长居2-4-1 【TEL】06-6654-8777 【FAX】06-6654-8780



FAX 06-6654-8780

療育相談 申込書

平成 年 月 日 記入

お子様のお名前 <small>なまえ</small>	(男・女)		
来所予定者のお名前 <small>なまえ</small>			
お子様の在籍校・園 <small>ざいせきこう</small>	公立/私立	(学年：)	
連絡先 <small>(つながりやすい電話番号)</small>		FAX番号	
療育経験	平成__年～平成__年迄	療育担当者名	
療育相談希望時間	60分/90分/120分	希望曜日	
相談内容は？	<p>①当てはまる項目に✓を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 子どもの課題、特性について知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 情報を知りたい(療育等の機関/病院/施設の紹介など)</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭生活についてアドバイスがほしい(家庭における療育、余暇、不適応行動など)</p> <p><input type="checkbox"/> 園や学校生活のアドバイスがほしい(学校・園での不適応、教育内容など)</p> <p><input type="checkbox"/> 健康・医療(告知後の不安、薬の服用など)→高度な話題になりますが大丈夫ですが</p> <p><input type="checkbox"/> 進路相談について</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>.....</p> <p>②✓を付けた上記項目について、具体的な相談内容を下記にご記入ください。</p>		

<処理欄(記入しないでください)>

相談担当者			
面接予定日時	平成	年	月 日 ()
	(:	~ :) ※センター記入

センター記入欄	
受付者	
受信日時	月 日
連絡調整	月 日