

## 平成29年度 こども発達支援センターwill 療育利用申込書

私は、社会福祉法人北摂杉の子会「こども発達支援センターwill（ウィル）実施要項」の記載内容について了解し、定められた項目についてすべて了承した上で、評価および療育の申し込みをします。

記入年月日：平成 29 年 月 日

|  |  |               |  |            |  |
|--|--|---------------|--|------------|--|
| ふりがな   |  |               | ふりがな   |            |  |
| 児童氏名   | 男<br>女   |               | 保護者氏名  | 印          |  |
| 生年月日<br>年 齢  | 平成 年 月 日<br>(西暦 年)<br>現在 才 ヶ月  |               | 住 所  | 〒 -<br>茨木市 |  |
| 平成29年度<br>4月から所属<br>する園・学校   | 公立・私立  |               |  |            |  |
| 平成29年度<br>4月から該当<br>する新学年  | 該当する学年を○で囲んで下さい  |               | 電 話  | ( ) -      |  |
|  | 2歳児・年少児・年中児・年長児<br>1年生・2年生・3年生   |               | 携 帯  | 父・母 ( ) -  |  |
|  |  |               | FAX  | ( ) -      |  |
| 診 断<br>※複数機関で診<br>断をお受けの場<br>合は、最新のもの<br>をご記入下さい。  | 診断年月   | 診断を受けた病院名     | 診断名（該当するもの全てに☑をお付け下さい）   |            |  |
|  | 平成 年 月   | (医師名 )        | <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症<br><input type="checkbox"/> 広汎性発達障害<br><input type="checkbox"/> アスペルガー症候群 <input type="checkbox"/> 高機能自閉症<br><input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害（ADHD） <input type="checkbox"/> 学習障害（LD）<br><input type="checkbox"/> 知的障害<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |  |
| 手帳の有無  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（療育手帳 A・B1・B2・精神保健福祉手帳・身体障害者手帳）           |               |  |            |  |
| 未診断<br>意見書の方   | 年月   | 保健センター名：      | 担当者氏名：<br>(保健師・心理士・その他)  |            |  |
| 療育経験   | 年月   | 療育機関名（通園施設含む） | 形態や内容など  |            |  |
|  | ※willでの療育を過去に受けられたことがありますか？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（平成 年度） |               |  |            |  |
| willをどちらでお知りになりました？（紹介された機関名・医師名、知人の紹介、HPなど）   |  |               |  |            |  |
| 志望動機   |  |               |  |            |  |
| 療育に期待<br>すること  |  |               |  |            |  |
| 保護者として<br>学びたいこと   |  |               |  |            |  |
| 療育通所が無理な曜日・時間帯（※療育は保護者同伴・兄弟児連れ不可）  |  |               | 理由   |            |  |
| ※ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。   |  |               |  |            |  |
| ①保護者研修の参加（※必ずいずれかに☑をお付け下さい）<br><input type="checkbox"/> 参加可能<br><input type="checkbox"/> 参加不可（※保護者研修が参加不可の方は、療育をお受けすることはできません）<br>②個人情報提供の同意（※必ず☑をお付け下さい）<br><input type="checkbox"/> 申し込みに関する個人情報を茨木市へ提供することに同意します。 |  |               |  |            |  |