

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 女			保護者氏名	印		
生年月日 年 齢	平成 年 月 日 (西暦 年) 現在 才 ヶ月			住 所	〒 - 摂津市		
平成29年度 4月から所属 する園・学校	公立・私立						
平成29年度 4月から該当 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 1年生・2年生・3年生			携 帯	父・母 () -		
				FAX	() -		
診 断 ※複数機関で診 断をお受けの場 合は、最新のもの をご記入下さい。	診断年月 平成 年 月	診断を受けた病院名 (医師名)		診断名（該当するもの全てに☑をお付け下さい） □自閉症 □自閉スペクトラム症 □広汎性発達障害 □アスペルガー症候群 □高機能自閉症 □注意欠陥多動性障害（ADHD）□学習障害（LD） □知的障害 □その他 ()			
	手帳の有無		□無 □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 意見書の方	年月	保健師名：	保健センター名： (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？ □いいえ □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 すること							
保護者として 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） □参加可能 □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） ②個人情報提供の同意（※必ず☑をお付け下さい） □申し込みに関する個人情報を摂津市へ提供することに同意します。							

※この個人情報は、センター利用申し込みの選考のために使用し、それ以外の目的の為に使用いたしません。