

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	〒 - 島本町	
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	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 <input type="checkbox"/> 広汎性発達障害 <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群 <input type="checkbox"/> 高機能自閉症 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害（ADHD） <input type="checkbox"/> 学習障害（LD） <input type="checkbox"/> 知的障害 <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 意見書の方	年月	保健センター名：	担当者氏名： (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？ <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 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） <input type="checkbox"/> 参加可能 <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）					
②個人情報提供の同意（※必ず☑をお付け下さい） <input type="checkbox"/> 申し込みに関する個人情報を島本町へ提供することに同意します。					