

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 | 〒 - 高槻市 | |
| 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 | 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） | | | | |
| 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高槻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。