



サポートセンターPASSO 療育相談のご案内

サポートセンターPASSOでは、療育相談を実施いたします。自閉症スペクトラムの療育経験を積んだ専門の相談担当者が、家庭・学校・地域生活に関するさまざまなご相談をお受けしています。当センターの療育相談は、当法人の4療育センター（an・az・will・Link）とも連携しておりますので、療育終了後のフォローアップ相談としてもご活用ください。

1. 日 時 : 原則として月曜日～金曜日になります。
2. 費 用 :
 - ・オアシス会員・サポートセンターPASSO 利用者→初回相談・・・(90分) 6,000円
2回目以降・・・(60分) 5,000円 (90分) 7,500円 (120分) 10,000円
 - ・オアシス非会員→初回相談・・・(90分) 8,000円
2回目以降・・・(60分) 7,000円 (90分) 10,500円 (120分) 14,000円
3. 担当者 : 大澤佳世子（臨床発達心理士）・西ヶ峯佐登子（PASSOスタッフ・保育士）
小林一恵（臨床心理士）
4. 相談内容 : ①家庭での具体的な取り組みについて
②家庭での問題行動について
③学校・園での具体的な取り組みについて（お子さんを担当しておられる先生方の参加可）
④学校・園での問題行動について（お子さんを担当しておられる先生方の参加可）
⑤家庭・園・学校との連携について（お子さんを担当しておられる先生方の参加可）
⑥個別支援計画（学校や家庭内）の立案のアドバイス
⑦地域生活での支援に関すること
⑧学齢期・青年成人期にわたる長期的な支援について
⑨思春期の問題について

***初回相談（インテーク）では、ご希望の相談内容の前に、お子様の今までの状況や支援、発達検査の結果などについて聞き取りによる把握をさせていただきます。**

5. 申込方法 : 申込み用紙に必要事項記入の上、サポートセンターPASSO宛に郵便またはFAXにてお申し込みください。
6. 申込・問合せ先 :

〒532-0023 大阪市淀川区十三東1丁目1-6 （阪急十三駅東口より徒歩10分） サポートセンター PASSO TEL/ FAX (06) 4862-5454 法人 URL : http://www.suginokokai.com/ *地図は法人ホームページよりご覧ください。

7. 相談日のお知らせ : 申込み受理後、お電話、またはFAXで確認のうえ、資料を郵送します。



サポートセンターPASSO 療育相談申込書

記入年月日：平成 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
お子さんのお名前		保護者のお名前	
お子さんの 生年月日・性別	年 月 日 (歳) 男 ・ 女	オアシス会員 PASSO 利用 の有無	<input type="checkbox"/> オアシス会員 <input type="checkbox"/> オアシス非会員 <input type="checkbox"/> サボセンPASSO 利用中
在学学校・園	(学年：)		
ご住所	〒 -		
電話番号		FAX	
今回療育相談で一番相談したい内容をご記入下さい			
<p>今回のご利用にあたり、ほかに相談したいことがありましたら口にチェックをつけてください (複数チェック可)</p> <input type="checkbox"/> お子さんの問題行動への対応についてアドバイスがほしい <input type="checkbox"/> 個別支援計画をたてるためにアドバイスがほしい <input type="checkbox"/> 園や学校や施設に情報提供などをしてセンターと連携をしてほしい <input type="checkbox"/> 思春期の問題について <input type="checkbox"/> ご家族についての相談 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)			
療育相談の時間希望		希望曜日 () 曜日	
<input type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> 120分 ※初回相談 (インテーク) は一律 90 分とさせていただきます。			
以下の項目は初回相談の方のみ、ご記入ください。			
診断について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 診断名は出ていないが () の疑いがあると考えている <input type="checkbox"/> 有 (診断名 , いつ頃 , どの機関で , 担当医・者)		
発達検査について	当センターで発達検査を受けたことがありますか	当センター以外で発達検査を受けたことがありますか	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (どこで?)	
	有の方におたずねします。具体的に何の検査を受けられましたか? <input type="checkbox"/> PEP-3 <input type="checkbox"/> AAPEP <input type="checkbox"/> WISC-Ⅲ、Ⅳ <input type="checkbox"/> TTAP <input type="checkbox"/> その他 ()	有の方におたずねします。具体的に何の検査を受けられましたか? <input type="checkbox"/> PEP-3 <input type="checkbox"/> TTAP <input type="checkbox"/> WISC-Ⅲ、Ⅳ <input type="checkbox"/> 新版K式 <input type="checkbox"/> その他 ()	
最近受けられた発達検査についておたずねします。 いつ頃? () どの機関で? () どのような説明を受けましたか? ()			
療育経験の有無について どこで? () いつからいつまで? (~)			
シート受付日:	年 月 日	*センター記入	担当者 *センター記入
面接予定日:	年 月 日 (: ~ :)		