

時間帯についての留意点

※時間帯については、

事前の保護者様からの情報等を参考に決定します。

※お子さまの特性や発達年齢を考慮し、一年間、療育が効果的に実施できるようにグルーピングをします。

※曜日や時間のご希望は、お伺いすることができませんが、どうしても療育通所が無理な日時についてのみ、申込書に記入をお願い致します。(但し、ご希望に添えない場合もございますので、ご了承頂きますようお願い致します。)

平成 30 年度 自閉症療育センターLink 療育利用申込書

私は、社会福祉法人北摂杉の子会「自閉症療育センターLink 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 30 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	平成 年 月 日 (西暦 年)		住 所	〒 - 市	
年 齢	現在 才 ヶ月				
平成 30 年 4 月から所属 する園・学校	公立・私立		電 話	() -	
平成 30 年 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 年少児・年中児・年長児 1 年生・2 年生・3 年生		F A X	() -	
			携 帯	父・母 () -	
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 ☐ 高機能自閉症 ☐ アスペルガー症候群 ☐ 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：		
療育経験	年月	療育機関名 (通園施設含む)	形態や内容など		
	※Link 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)				
Link 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		
※ご希望に沿えない場合もございます。					
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)					

※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