

# 2019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： 2019 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	年 月 日 現在 才 ヶ月	住所	〒 - 市
2019年4月 から所属する 園・学校	公立・私立		
2019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		電話 ( ) -
			FAX ( ) -
			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) <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"/> 高機能自閉症 <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群 <input type="checkbox"/> 学習障害(LD) <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害(ADHD) <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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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			
療育通所できる曜日・時間帯 ※必ずいずれかに☑をお付け下さい。複数チェックも可。 ※療育は保護者同伴・兄弟児連れ不可。※ご希望に沿えない場合もございます。 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金  <input type="checkbox"/> 10:00~11:00 <input type="checkbox"/> 13:00~14:00 <input type="checkbox"/> 15:15~16:15  <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 15:15~16:15 ※月曜日は15:15~16:15枠のみ ※この枠は学齢児のみ		※絶対に通所ができない曜日や時間がありましたらご記入ください。	
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居住地の担当課へ提供することに同意します。			