

2019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 31 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 | | 〒 - 摂津市 | 住所 | |
| 2019年度 4月から所属 する園・学校 | 公立・私立 | | | 住所 | |
| 2019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 2歳児・年少児・年中児・年長児 1年生・2年生・3年生 | | 電 話 | () - | |
| | | | 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) | | | | |
| お子さまに ついて (該当箇所 に☑) | <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる (2語文以上・単語) <input type="checkbox"/> 一方的に話す <input type="checkbox"/> 身振り・手振りで表現する (手を引っ張るクレーン動作や指さしを含む) <input type="checkbox"/> 絵カードや写真を用いる <input type="checkbox"/> その他 () ・要求するときの特徴 () ・拒否するときの特徴 () <input type="checkbox"/> じっとしていることが苦手 <input type="checkbox"/> じっとしてあまり動かない <input type="checkbox"/> 初めての場所になじみにくい <input type="checkbox"/> カッとなったり、イライラしやすい <input type="checkbox"/> パニックになりやすい <input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えがしにくい <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 目に見えたものに反応しやすい <input type="checkbox"/> 聴覚の過敏さ/鈍感さがある <input type="checkbox"/> 触覚の過敏さ/鈍感さがある <input type="checkbox"/> 味覚の過敏さ/鈍感さがある | | | | |
| 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摂津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。