

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： 令和 2 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	〒 - 島本町
令和2年度 4月から所属 する園・学校	公立・私立		
令和2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 4年生・5年生・6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 平成 令和 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 ☐アスペルガー症候群 ☐高機能自閉症 ☐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？ ☐いいえ ☐はい（平成・令和 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		
志望経緯 及び動機	ウィルをどちらでお知りになりましたか？（紹介された機関名・医師名、知人の紹介、HPなど）また志望動機は何ですか？		
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） ☐参加可能 ☐参加不可（※療育と併せてのご利用がより有効です）			
②個人情報提供の同意（※必ず☑をお付け下さい） ☐申し込みに関する個人情報を島本町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。