

# 令和2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	〒 - 摂津市
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 および動機	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。