

2020年度 自閉症療育センターLink 療育利用申込書（再）

私は、社会福祉法人北摂杉の子会「自閉症療育センターLink（リンク）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： 2020 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	〒 - 市
2020年 4月から所属 する園・学校	公立・私立		
2020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 年少児・年中児・年長児 1年生・2年生・3年生・4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） □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（ ）
	平成 令和 年 月	(医師名)	
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・令和 年度）		
志望の経緯 と動機	リンク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			
※療育通所ができる曜日・時間帯のいずれかに必ず☑をお付けください。チェックは対象年齢の下記の欄に記入してください。複数チェックも可能です。 【●療育は保護者同伴・兄弟児連れ不可 ●15：15～16：15 枠は、学齢児のみ。】 ※なお、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。			
年少児・年中児・年長児		小1・小2・小3・小4	
□月 □10：00～11：00		□月 □15：15～16：15	
□火 □水 □木 □10：00～11：00 □13：00～14：00		□火 □水 □木 □15：15～16：15	
□金 □13：00～14：00		□金 □15：15～16：15	
※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。（ない方は未記入可）			
①保護者研修の参加（※必ずいずれかに☑をお付け下さい）※療育と研修の併用がより有効です。 □参加可能 □参加不可→理由 ()			
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居住地の担当課へ提供することに同意します。			

※裏面もご記入ください。→

