

令和4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 4 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 月 日 年 齢	現在 年 月 日 才 ヶ月		住 所	〒 - 市	
令和4年度 4月から所属 する学校	公立・私立				
令和4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		電 話	() -	
	1年生 ・ 2年生 ・ 3年生		携 帯	父・母 () -	
	4年生 ・ 5年生 ・ 6年生		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） <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 ()		
	平成 令和 年 月	(医師名：)			
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（保健師・心理士・その他）		
	年月	療育機関名（通園施設含む）	形態や内容など		
療育経験	※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・令和 年度）				
	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？				
志望の経緯 と動機					
療育に期待 すること					
保護者として 学びたいこと					

