

## 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<br>女  |               | 保護者氏名  | 印         |
| 生年月日<br>年 月 日<br>年 齢                              | 現在 才 ヶ月   |               | 住 所  | 〒 - 市     |
| 令和4年度<br>4月から所属<br>する学校                           | 公立・私立   |               |  |           |
| 令和4年度<br>4月から該当<br>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<br>※複数機関で診<br>断をお受けの場<br>合は、最新のもの<br>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<br>令和<br>年<br>月  | (医師名： )       | <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症<br><input type="checkbox"/> 広汎性発達障害 <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群<br><input type="checkbox"/> 高機能自閉症 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害（ADHD）<br><input type="checkbox"/> 学習障害（LD） <input type="checkbox"/> 知的障害<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |           |
| 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<br>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？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（平成・令和 年度） |               |  |           |
| 志望の経緯<br>と動機                                      | 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<br>すること                                     |   |               |  |           |
| 保護者として<br>学びたいこと                                  |   |               |  |           |

<療育時間のご希望を記入してください。>

※療育通所ができない枠にチェックをつけてください。(どの枠でも通所可能な場合は空欄のまま提出。)

【●療育は保護者同伴・兄弟児連れ不可】

※なお、ご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

| 1年生～6年生                                  |  |  |  |  | 通所ができない理由を記入。 |
|--|--|--|--|--|---------------|
| 月  | 火  | 水  | 木  | 金  |               |
| /  | /  | /  | /  | /  |               |
| <input type="checkbox"/> 15:30～<br>16:30 | <input type="checkbox"/> 15:00～<br>16:00 | <input type="checkbox"/> 15:30～<br>16:30 | <input type="checkbox"/> 15:00～<br>16:00 | <input type="checkbox"/> 15:00～<br>16:00 |               |
| /  | <input type="checkbox"/> 16:45～<br>17:45 | /  | <input type="checkbox"/> 16:45～<br>17:45 | /  |               |

①保護者研修の参加（※必ずいずれかにチェックをお付けください）※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。

<お子さまについて該当箇所にを記入してください。>

|  |  |
|--|--|
| お子さまについて<br>(該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> ) | <input type="checkbox"/> 言葉でコミュニケーションが十分取れる<br><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<br><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)<br><input type="checkbox"/> 絵カードや写真を用いる <input type="checkbox"/> その他( )<br>・要求するときの特徴( )<br>・拒否するときの特徴( )<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><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<br><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<br>・母子分離の様子(保護者と離れて一定時間、一人で過ごすこと)<br><input type="checkbox"/> 母子分離は可能 <input type="checkbox"/> 母子分離はかなり困難 |
|--|--|

※この個人情報は、ウィル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。