

令和8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 8 年 月 日

ふりがな			ふりがな		
児童氏名	男 女		保護者氏名		
生年月日 年 齢	年 月 日 現在 才 ヶ月		住 所	〒 - 三島郡 島本町	
令和8年度 4月から 所属する園	公立・私立				
令和8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 ・ 年中 ・ 年長		電 話	() -	
			携 帯	父・母 () -	
			PC アドレス	@	
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 ☐ 注意欠如多動症（ADHD） ☐ 限局性学習症（SLD） ☐ 知的障害 ☐ 神経発達症 ☐ 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	機関名（担当課など）	担当者名（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）				
志望の経緯 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 すること					
保護者として 学びたいこと					

裏面もご記入ください→

<療育時間の可否について記入してください。>

※療育通所ができない枠

にチェックをつけてください。

【療育は必ず保護者同伴・兄弟児連れ不可】

※利用可能日が1枠のみの場合、予定の調整が可能な方に利用を優先させていただくことができます。

※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。

2・3・4・5歳児

□ どの曜日・時間帯でも通所可能

□ 不可の日がある（下記に不可の日をチェック☑）

火	水	木	金
□ 10：30～11：30 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）	□ 10：30～11：30 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）	□ 10：30～11：30 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）	□ 10：30～11：30 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）
□ 13：00～14：00 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）	□ 13：00～14：00 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）	□ 13：00～14：00 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）	□ 13：00～14：00 【不可の理由】 □他の習い事 □他の事業所を利用中 □仕事の都合 □その他の理由 （ ）

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 (該当箇所には ☑)	☐ 言葉でコミュニケーションが十分取れる	☐ 簡単な会話ができる (2 語文以上・単語)	☐ 一方的に話す
	☐ 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)		
	☐ 絵カードや写真を用いる	☐ その他 ()	
	☐ ・要求するときの特徴 ()		
	☐ ・拒否するときの特徴 ()		
	☐ □じっとしていることが苦手	☐ □じっとしてあまり動かない	
	☐ □初めての場所になじみにくい	☐ □カッとなったり、イライラしやすい	
	☐ □パニックになりやすい	☐ □気持ちの切り替えがしにくい	
	☐ □その他 ()		
	☐ □目に見えたものに反応しやすい	☐ □聴覚の過敏さ／鈍感さがある	
☐ □触覚の過敏さ／鈍感さがある	☐ □味覚の過敏さ／鈍感さがある		
☐ ・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)			
☐ □母子分離は可能	☐ □母子分離はかなり困難		

※この個人情報、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は使用いたしません。