

令和5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 5 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 | 〒 - 市 | |
| 令和5年度 4月から所属 する園 | 公立・私立 | | | | |
| 令和5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 | () - | |
| | 2 歳児 ・ 年少 ・ 年中 ・ 年長 | | 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) | | |
| | | | <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 () | | |
| 手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 無帳) <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) | | |
| 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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 | | | | | |

