

兵庫県立こども発達支援センターあて

(FAX 078-943-3830)

申込日 令和 年 月 日

兵庫県立こども発達支援センター利用申込書(市町窓口用)

(ふりがな)		男・女	平成 年 月 日(歳)
児童氏名			
住所	保護者で記載してください		
電話(FAX)		(FAX)
本人の所属	(保育園・幼稚園・小学校・中学校・特別支援学校)		

※ 本申込書に併せて、各市町の「サポートファイル」を可能な限り持参してください

このケースについて、
当センターからご連絡する際・報告書を
郵送する際の担当者の名前を
ご記入ください。

〈以下の項目は、市町の担当窓口でご記入ください〉

市町名	市町の代表となる 窓口の所属		
代表窓口	所属		担当者氏名
担当窓口	所属		担当者氏名
電話	子どもと直接、 関わりのある担当課		FAX
主訴	受診の契機となった気になることを書いてください。例:落ち着きなさ、言葉の遅れなど		
紹介理由	診断(検査)・診療(カウンセリング・服薬等)・療育(OT・ST・集団コミュニケーション療法) その他()		
支援施設からの 情報	(かかりつけ医療機関・発達検査の結果・学校園からの情報) 過去の発達検査の結果や医療機関からの紹介状があれば、 当センターでの診療・評価がスムーズに進みます。可能であ れば、受診時に持参いただくよう、保護者にお伝えください。		保護者が希望されていること・ 市町の窓口で必要と考えることに あてはまるものに丸をつけてください。 (無)
家族背景			
利用中の 社会資源	(現在利用中のものについて、施設名や利用頻度、活動内容などを記述してください) □育児教室、遊びの教室等() □児童発達支援・放課後等デイサー 地域で現在利用中の機関をご記入ください。 地域の支援機関と連携し、当センターでの支援を行います。() □その他() □療育手帳(A ・ B1 ・ B2 ・ 申請中 ・ 無) □その他の手帳()		

〈注〉内容等を確認後、□内に✓を入れてください。

本申込書を提出することを同意します。

市町が持っているお子様の情報を県立こども発達支援センターに提供することについて同意します。

保護者氏名 _____