

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(医療機関用)

(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。

〈以下の項目は、医療機関でご記入ください〉

※診療情報提供書もFAXの上、患者様にお渡しください。

医療機関名	〒	担当医	保護者が希望されていること・医療機関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。
	電話	FAX	
主 訴			
紹 介 理 由	診断(検査)・診療(カウンセリング・服薬等)・療育(OT・ST・PT)・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) 申込書と合わせて、診療情報提供書を送付してください。過去の発達検査の結果があれば、当センターでの診療・評価がスムーズに進みます。実施していれば添付してください。		
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・放課後等デイサービス() ☐ その他() ☐ 療育手帳() ☐ その他の手帳() 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、必要に応じて当センターでの支援を行います。		

〈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。

☐ 医療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