

こども発達支援センター風【個別療育】利用申込書

私は、大阪府障害者福祉事業団「こども発達支援センター風 個別療育実施要項」及び「利用に関するお願い」の記載内容に同意し、児童の氏名、住所及び生年月日を茨木市子育て支援課発達支援係に報告することを了解した上で、個別療育利用の申し込みをします。

記入年月日 年 月 日

ご家族代表氏名

印

(令和5年4月1日時点)

ふりがな				ふりがな			
児童氏名				ご家族代表氏名			
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒	
年齢 (4月1日時点)	才	ヶ月	性別				
令和5年度から所属する幼稚園、保育所小学校など	例 ○○幼稚園 年中 ○○小学校 1年 支援級在籍			電話 (自宅・携帯)	父・母 () - (日中、繋がりやすい電話番号を記載してください)		
				FAX (自宅)	() -		
	年月	機関名		診断内容・判定内容・療育形態など			
医療機関				(医師名)			
				(医師名)			
相談機関 (手帳の有無等)	手帳の有無						
	無 ・ 有 (療育手帳 A , B1 , B2) ・ その他 ()						
療育機関 (児童発達支援等)	療育経験 無 ・ 有						
	(有の場合は、下記に機関名と利用期間・継続中の場合、曜日や時間の記入をお願いします)						
療育希望の動機							

→裏面もご記入ください

<療育ご希望の時間に2か所〇をしてご記入下さい>

*特に曜日・時間指定がない場合は未記入

*必ずしもご希望に沿える訳ではございません。予めご了承ください。

水曜日	・ 10 : 00	木曜日	・ 10 : 00
	・ 13 : 00		・ 13 : 00
	・ 15 : 00		・ 15 : 00
	時間指定なし		時間指定なし

<お子さまについて該当箇所に☑を記入して下さい>

お子さま について (該当箇 所に☑)	<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 <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) <input type="checkbox"/> 絵カードや写真を用いる <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 要求するときの特徴() <input type="checkbox"/> 拒否するときの特徴() <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> その他() <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 <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 <input type="checkbox"/> 親子分離の様子(保護者と離れて一定時間、一人で過ごすこと) <input type="checkbox"/> 親子分離は可能 <input type="checkbox"/> 親子分離はかなり困難

確認事項

<一読していただきましたら☑を記入してください>

- 療育の曜日や時間は、必ずしもご希望に沿える訳ではございません。
- 療育日程は年間をとおして、隔週で行う訳ではございません。祝日等により間隔が変更となる場合があります。(例：当初は第一水曜日・第三水曜日で始まったが、ある月からは第二水曜日・第四水曜日になるなど)
- 風の療育利用日に、他事業所を利用することはできません。

※この書面は返信用封筒と共に、風まで郵送または持参してください

※この個人情報は、風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。