

# 鹿児島県こども総合療育センター 受診申込・紹介票(未就学児用)

\*生年月日等日付は元号で記入してください

センター受付番号		紹介機 関連絡 先	所在地	〒	
紹介機 関 種別	市町村名		市・町・村	電話番号	内線(                      )
	事業所等名			担当者名	
	種別				

※種別欄は次から選んで番号を記入( 1 保健センター 2 福祉関係課 3 児童発達支援センター 4 児童発達支援事業所 5 保育所 6 幼稚園 7 その他 )

ふりがな		性別		年 月 日
児童名			生年月日	歳                      か月
保護者名	父	住 所	〒	
	母		市・町 ・村	
	その他			
連絡先	固定電話番号		携帯電話番号	(父)                      (母)

- 1 当センターは医療機関です。診断がつく場合は診断をお伝えします。  
 診断を聞くことを了解している。
- 2 受診案内のきっかけ(紹介機関が把握している範囲で、最初のきっかけを選んで  に✓)  
 保護者からの相談がきっかけ     紹介機関から保護者に勧めた     紹介機関以外の施設等の支援機関から勧められた
- 3 受診を希望する理由・目的(当てはまるもの全てに✓してください)  
 コミュニケーション     言葉の発達     こたわり     感覚過敏     運動発達  
 生活習慣     多動・衝動性     育てにくい     かんしゃく     その他(                      )
- 4  本人の状態について、保護者と紹介機関が共通の認識を持っている。
- 5 乳幼児健診等の結果

1歳6か月健診 要経過観察の有無	有 ・ 無	3歳児健診 要経過観察の有無	有 ・ 無	その他の健診 要経過観察の有無	有 ・ 無
---------------------	-------	-------------------	-------	--------------------	-------

## 6 現在受けている支援内容(複数回答可)

チェック	利用している事業名、施設等	利用頻度等	事業所・施設名、支援内容等
<input type="checkbox"/>	児童発達支援センター、児童発達支援事業		利用中(施設名:                      個別支援計画のとおり) ・ 利用予定
<input type="checkbox"/>	保育所又は幼稚園		利用中(施設名:                      ) ・ 利用予定
<input type="checkbox"/>	親子教室等、子育て支援センター等		
<input type="checkbox"/>	その他のサービス		

※ 児童発達支援事業、保育所、幼稚園などを利用している場合は、「事業所・施設名、支援内容等」欄に施設名を記入してください。

## 7 他の医療機関での診断、訓練等の状況(この項目への記載する事実がある・なし)

医療機関名	診断等	訓練等実施の場合は内容及び頻度

- 8  上記医療機関の主治医へ鹿児島県こども総合療育センター受診について相談している。  
 \* 原則、医療機関からの情報提供書が必要です。

## 9 添付資料など

- 個別支援計画など ( 事業所等 ・ 保育所 ・ 幼稚園 )     乳幼児健診結果など
- その他(発達検査など) \* 受診申込後に行った検査についてもお知らせください。

## 10 その他、注意事項

- 鹿児島県こども総合療育センターからの受診結果につきましては、紹介機関へ情報提供することになっております。
- お子様の状況によっては、鹿児島県こども総合療育センターの受診よりも他の機関等をご案内する場合があります。
- 「受診申込・紹介票」の提出は、初診の場合のみ必要であり、再診の場合は、直接保護者からの電話での予約になります。

(注) 上記の内容等を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- ・ 本受診申込・紹介票を鹿児島県こども総合療育センターに提出すること
- ・ 紹介機関が持っているお子様の情報を鹿児島県こども総合療育センターに提供すること
- ・ 受診前に鹿児島県こども総合療育センターが、お子様の状況や支援について紹介機関へ聞き取りや調整をすること

年                      月                      日

保護者名(自署)

# 鹿児島県こども総合療育センター 受診申込・紹介票(未就学児用)

\*生年月日等日付は元号で記入してください

記入例

センター受付番号		紹介機 関連絡 先	所在地	〒
市町村名	市・町・村		電話番号	内線( )
事業所等名	〇〇事業所		担当者名	
種別	4			

元号で記入

※種別欄は次から選んで番号を記入( 1 保健センター 2 福祉関係課 3 児童発達支援センター 4 児 保育所 6 幼稚園 7 その他 )

ふりがな	かごしま たいよう	性別	性 別	平成 26年 5月 15日
児童名	鹿児島 太陽	男	生年月日	4 歳 11か月
保護者名	父	住 所	〒	
	母		市・町・村	
	その他			
連絡先	固定電話番号	携帯電話番号	(父)	(母)

- 1 当センターは医療機関です。診断がつく場合は診断をお伝えします。  
 診断を聞くことを了解している。
- 2 受診案内のきっかけ(紹介機関が把握している範囲で、最初のきっかけを選んで □ に✓)  
 保護者からの相談がきっかけ     紹介機関から保護者に勧めた     紹介機関以外の施設等の支援機関から勧められた
- 3 受診を希望する理由・目的(当てはまるもの全てに✓してください)  
 コミュニケーション     言葉の発達     こだわり     感覚過敏     運動発達  
 生活習慣     多動・衝動性     育てにくい     かんしゃく     その他( )
- 4  本人の状態について、保護者と紹介機関が共通の認識を持っている。
- 5 乳幼児健診等の結果

1歳6か月健診 要経過観察の有無	有・ <b>無</b>	3歳児健診 要経過観察の有無	<b>有</b> ・無	その他の健診 要経過観察の有無	<b>有</b> ・無
---------------------	-------------	-------------------	-------------	--------------------	-------------

## 6 現在受けている支援内容(複数回答可)

チェック	利用している事業名、施設等	利用頻度等	事業所・施設名、支援内容等
✓	児童発達支援センター、児童発達支援事	週3回	利用中(施設名: 〇〇事業所 個別支援計画のとおり)・利用予定
✓	保育所又は幼稚園	週5回	利用中(施設名: ☆☆保育園)・利用予定
	親子教室等、子育て支援センター等		
	その他のサー ビス		

※ 児童発達支援事業、保育所、幼稚園などを利用している場合は、「事業所・施設名、支援内容等」欄に施設名を記入してください。

## 7 他の医療機関での診断、訓練等の状況(この項目への記載する事実がある・なし)

医療機関名	診断等	訓練等実施の場合は内容及び頻度
△◆●病院	発達障害疑い	OT訓練週1回

- 8  上記医療機関の主治医へ鹿児島県こども総合療育センター受診について相談している。  
**\*原則、医療機関からの情報提供書が必要です。**

## 9 添付資料など

- 個別支援計画など ( **事業所等** ・保育所 ・幼稚園 )     乳幼児健診結果など
- その他(発達検査など) \* 受診申込後に行った検査についてもお知らせください。

## 10 その他、注意事項

- 鹿児島県こども総合療育センターからの受診結果につきましては、紹介機関へ情報提供することになっております。
- お子様の状況によっては、鹿児島県こども総合療育センターの受診よりも他の機関等をご案内する場合があります。
- 「受診申込・紹介票」の提出は、初診の場合のみ必要であり、再診の場合は、直接保護者からの電話での予約になります。

(注) 上記の内容等を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- ・ 本受診申込・紹介票を鹿児島県こども総合療育センターに提出すること
- ・ 紹介機関が持っているお子様の情報を鹿児島県こども総合療育センターに提供すること
- ・ 受診前に鹿児島県こども総合療育センターが、お子様の状況や支援について紹介機関へ聞き取りや調整をすること

元号で記入

平成 31 年 4 月 20 日

保護者名(自署)

鹿児島 一 沢