

	保育所，幼稚園： ・集団活動の状況や保健センターとの連携などあれば教えてください。	園名： ☆☆☆ 保育所 幼稚園 H28年4月～就園	【様子】 一斉指示は通りにくく個別の声かけが必要。指示を出す前に名前を呼び一つずつ伝えることで参加できている。一日の始まりに今日の活動を絵カードで示し、見通しを伝えていることと、大人が仲介することでお友達とも遊べている。気持ちが伝わらない時や順番が待てない時にお友達に手が出てしまう事がある。
8	医療機関状況： 紹介票の『医療機関受診の状況』に関して、さらに詳しい追加の情報（発達検査等の結果やセラピストの助言内容など）はありますか。 (有 無)	医療機関名：◆◆病院 いつ頃：平成△年○月 内容：OT ST PT その他 検査名： 別添情報提供書あり	【状況】 言葉の遅れ，発音不明瞭で週1回ST 低緊張と手先の不器用さ有り週1回OTリハ
9	添付資料： (有 無)	【有の場合】 新版K式発達検査2001 添付有り 来月 ○○検査実施予定です。結果は後日送付します。	
10	連絡している関係機関： ・紹介元以外の支援機関へセカ受診を勧めていることを連絡していますか。	保育園，保健センター保健師	
11	その他： ・保護者等の子育てに関する意見の相違などあれば教えてください。 ・また，その他当センターに伝えておきたいことがあればご記入ください。	両親とも育児は熱心です。本児の発達段階や特性をきちんと知って今後この子にとってよい環境作りをしたいと考えています。 祖父母の理解が困難で，こども総合センター受診後，しっかりと祖父母に伝え，理解していただきたいと考えています	
	【備考】	療育手帳 B2 平成31年9月30日まで	

(注) 両面の内容等を確認後，下記のとおり同意される場合はご署名ください。

本受診児情報の連絡票を鹿児島県こども総合療育センターに提出することに同意します。

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に同意します。

平成31年 4月 20日

保護者氏名 (自署)