

鹿児島県こども総合療育センター 受診申込・紹介票(就学児用) ※紹介元で作成(入力またはペン書き)

|              |      |           |            |           |    |                        |  |
|--------------|------|-----------|------------|-----------|----|------------------------|--|
| 番号<br>(未記入欄) |      |           | 紹介元<br>連絡先 | 担当者       | 職名 | 担任 / コーディネーター / その他( ) |  |
| 紹介<br>機関     | 市町村名 | 市 / 町 / 村 |            | 所在地       | 氏名 |                        |  |
|              | 学校名  |           |            |           | 〒  |                        |  |
|              |      |           | 電話番号       | - - 内線( ) |    |                        |  |

|                |   |        |    |       |      |            |
|----------------|---|--------|----|-------|------|------------|
| フリガナ<br>児童生徒氏名 |   |        | 学年 | 性別    | 生年月日 |            |
|                |   |        |    |       |      | (元号) 年 月 日 |
| 在籍学級等          | 通常の学級 / 特別支援学級(知的障害 / 自閉症・情緒障害 / 肢体不自由 / 病弱 / 難聴) / 特別支援学校(標準 / 重複障害) |        |    |       |      |            |
| 住所             | 〒   |        |    | 保護者氏名 | 父    |            |
|                |   |        |    |       | 母    |            |
|                |   |        |    |       | その他  |            |
| 保護者連絡先         | 固定電話  | 携帯電話番号 |    | (父)   | (母)  |            |

※以下、該当する項目には、□に✓をお願いいたします。なお、項目1, 2, 7, 15については、必ず□に✓をお願いいたします。

1  対象児の受診の必要性について、校内委員会等で検討した。

《校内委員会で検討した内容(受診の必要性の理由等)》

2  保護者は、診断を聞くことを了解している。※県こども総合療育センターは、医療機関です。診断がつく場合は、診断をお伝えします。

3 受診案内のきっかけについて(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       学校側から保護者に勧めた       支援機関等から勧められた(機関名: )

4 受診を希望する理由・目的(当てはまるものにすべて✓してください。)

コミュニケーション    言語の発達    こだわり    感覚過敏    運動発達    生活習慣    多動・衝動性

不注意    かんしゃく    学習面    知能の遅れ    自傷    他害    登校しぶり・不登校

睡眠の問題    その他( )

5 受診の際に相談したいこと

6 受診までの経緯について(医療機関等の受診歴や就学前の状況、発達に関する経過、保護者との面談内容、受診を希望したきっかけ等を記入)

7  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。

8 乳幼児健診等での助言の有無等(1歳6か月・3歳)

|                      |         |                   |         |                    |         |
|----------------------|---------|-------------------|---------|--------------------|---------|
| 1歳6か月児健診<br>要経過観察の有無 | あり ・ なし | 3歳児健診<br>要経過観察の有無 | あり ・ なし | その他の健診<br>要経過観察の有無 | あり ・ なし |
|----------------------|---------|-------------------|---------|--------------------|---------|

※助言された内容等

|                            |          |  |
|----------------------------|----------|--|
| 乳<br>幼<br>児<br>健<br>診<br>等 | 1歳6か月児健診 |  |
|                            | 3歳児健診    |  |
|                            | その他の健診   |  |

9 就学前の状況, 発達に関する経過

(1) 保育園や幼稚園での様子(担任の先生に指摘されたり, 助言されたりしたこと等を中心に)

|  |
|--|
|  |
|--|

(2) 児童発達支援事業所の利用 ( 有 ・ 無 )

| 利用している事業所名, 施設名等 | 利用頻度 | 支援内容等 |
|------------------|------|-------|
|                  |      |       |

(3) 保育所等訪問支援の実施 ( 有 ・ 無 )

|      |  |
|------|--|
| 助言内容 |  |
|------|--|

10 既往歴について(これまでの大きな病気等の有無)

|  |
|--|
|  |
|--|

11 家族構成(兄弟児における当センターの受診児の有無)

|  |
|--|
|  |
|--|

12 対象児の学習の定着状況や出席状況, 知能検査等の結果について(知能検査については, これまでに, 実施されていれば記入して下さい。)

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 学習の定着状況  | ○各教科の学習の定着状況(定期テストや実力テストの結果等)                      |   |
| 出席状況     | ※当てはまる状態に○を付けて下さい。 登校 ・ 遅刻気味 ・ 登校しぶり ・ 不登校傾向 ・ 不登校 |   |
| 知能検査の結果等 | WISC-III   | 【 年 月実施】実施機関( )<br>全検査( ) 言語性( ) 動作性( ) 言語理解( ) 知覚統合( ) 注意記憶( ) 処理速度( ) |
|          | WISC-IV  | 【 年 月実施】実施機関( )<br>全検査( ) 言語理解( ) 知覚推理( ) ワーキングメモリー( ) 処理速度( )          |
|          | WISC-V   | 【 年 月実施】実施機関( )<br>全検査( ) 言語理解( ) 視空間( ) 流動性推理( ) ワーキングメモリー( ) 処理速度( )  |
|          | ( )  | 【 年 月実施】実施機関( )   |

13 現在, 校内で受けている指導・支援内容について(該当するものに○印)

| 支援項目             | 校内での支援の状況                                  |
|------------------|--|
| 通級指導教室の利用状況      | 利用なし / 利用中(言語障害 / 自閉症・情緒障害 / LD・ADHD / 難聴) |
| 特別支援教育支援員の活用状況   | 活用なし / 活用中(頻度: )                           |
| 特別支援学校の巡回相談の活用状況 | 活用なし / 活用したことがある / 活用中(学校名: 学校, 担当者: )     |
| スクールカウンセラー       | 活用なし / 活用したことがある / 活用中(担当者: )              |
| スクールソーシャルワーカー    | 活用なし / 活用したことがある / 活用中(担当者: )              |

14 助言された内容等

|               |  |
|---------------|--|
| 特別支援学校の巡回相談   |  |
| スクールカウンセラー    |  |
| スクールソーシャルワーカー |  |
| その他(事業名: )    |  |

15 紹介となった対象児の困っていることや相談したいことと学校・家庭での現在や今後の合理的配慮について

学校や家庭での児童生徒に対する指導・支援の在り方等について、校内委員会等で検討した。

|        | 困っていること・相談したいこと | 現在, 取り組んでいる(今後, 取り組もうとしている)合理的配慮について |
|--------|-----------------|--------------------------------------|
| 学校等の生活 |                 |                                      |
|        |                 |                                      |
|        |                 |                                      |
| 家庭生活   |                 |                                      |
|        |                 |                                      |
|        |                 |                                      |

16 現在, 校外で受けている指導・支援の内容について

(1) 放課後等デイサービスや日中一時支援サービス等の福祉サービスを受けている場合, 事業所名と支援内容を記入してください。

| 利用している事業所名, 施設名等 | 利用頻度 | 支援内容等 |
|------------------|------|-------|
|                  |      |       |
|                  |      |       |
|                  |      |       |

(2) (1)の福祉サービスを受けている場合, 対象児担当の相談支援専門員の所属の事業所名と担当者名を記入してください。

| 事業所名 | 担当者名 |
|------|------|
|      |      |

(3) 相談支援専門員が開催する担当者会議, 支援会議, ケース会議等への参加と保育所等訪問支援の受け入れについて

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| ○担当者会議等に学校も参加したことが(ある・ない)    | 実施時期(令和 年 月)<br>参加者( )        |
| ○学校が保育所等訪問支援を受け入れたことが(ある・ない) | 受け入れ時期(令和 年 月~ 回)<br>実施事業所( ) |
| 助言内容                         |                               |

17 他の医療機関での診断, 訓練等の状況について

| 医療機関名 | 診断等 | 訓練等を実施の場合は, 内容及び頻度 |
|-------|-----|--------------------|
|       |     |                    |
|       |     |                    |

18  上記医療機関の主治医へ鹿児島県子ども総合療育センター受診について相談している。

※ 他の医療機関を受診している場合, 原則, 医療機関からの診療情報提供書が必要です。

19 障害者手帳の取得について

※障害者手帳の取得が(ある・ない)

| 手帳名   | 療育手帳        | 身体障害者手帳  | 精神障害者保健福祉手帳 |
|-------|-------------|----------|-------------|
| 障害の程度 | A1・A2・B1・B2 | ( )種( )級 | ( )級        |

20 添付資料等について

学校等で作成している資料等がありましたら、添付してください。（資料名の□に✓）

- 個別の指導計画, 個別の教育支援計画
- 個別の移行支援シート( 幼・保→小 ・ 小→中 )
- 学校での指導・支援状況に関する資料
- 放課後等デイサービス事業所等が作成している個別支援計画
- 各種検査結果のコピー( )
- その他の資料( )

21 その他, 注意事項

- 鹿児島県子ども総合療育センターからの受診結果につきましては、各学校へ情報提供することとしております。
- 児童・生徒の状況によっては、鹿児島県子ども総合療育センターの受診よりも、他の機関等を御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、保護者からの電話での予約になります。
- 提供いただいた他機関が実施した検査結果につきましては、当センターの診察の際に参考にさせていただきますが、検査結果について当センターでは説明はできません。受診までに検査実施機関において、説明をお願いします。

(注) 全ての内容等を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- 「受診申込・紹介票」を、鹿児島県子ども総合療育センターに提出すること
- 診療を目的として、学校が持っている児童生徒の情報を、鹿児島県子ども総合療育センターに提供すること
- 受診前に鹿児島県子ども総合療育センターが、お子様の状況や支援について学校等へ聞き取りや調整をすること
- 受診後に、鹿児島県子ども総合療育センターが受診結果等を紹介機関である学校に郵送すること
- 鹿児島県子ども総合療育センターから郵送された受診結果等を、必要に応じて学校が関係機関(相談支援事業所、放課後等デイサービス事業所、医療機関等)と情報を共有し、連携して支援を行うこと

年 月 日

保護者氏名(自署)

学校名

校長

印

※ 鹿児島県子ども総合療育センターでは、「受診申込・紹介票のもつ本来の意義や目的、機能」について及び「受診申込・紹介票(就学児用)の改訂のポイント」について、動画にて解説・説明しています。

※ 以下の動画リンク先にアクセスされるか、QRコードを読み取られ、紹介票作成前にご視聴をお願いいたします。

《動画リンク》

<https://youtu.be/9zY92EpykG8>

《QRコード》



# 《記入例》

## 鹿児島県こども総合療育センター 受診申込・紹介票(就学児用) ※紹介元で作成(入力またはペン書き)

|              |      |       |      |              |                        |
|--------------|------|-------|------|--------------|------------------------|
| 番号<br>(未記入欄) |      |       | 担当者  | 職名           | 担任 / コーディネーター / その他( ) |
|              |      |       |      | 氏名           | 桜島 大介                  |
| 紹介機関         | 市町村名 | 〇〇    | 所在地  | 〒〇〇〇-〇〇〇     |                        |
|              | 学校名  | 〇〇小学校 |      | 〇〇市〇〇町〇番地〇-〇 |                        |
|              |      |       | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | 内線( )                  |

|        |  |              |        |                                     |  |
|--------|--|--------------|--------|-------------------------------------|--|
| フリガナ   | カゴシマ イチロウ  | 学年           | 性別     | 生年月日                                |  |
| 児童生徒氏名 | 鹿児島 一郎   | 3            | 男      | (元号) 平成〇年〇月〇日                       |  |
| 在籍学級等  | 通常の学級 / 特別支援学級(知的障害 / 自閉症・情緒障害) / 肢体不自由 / 病弱 / 難聴) / 特別支援学校(標準 / 重複障害) |              |        |                                     |  |
| 住所     | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇   | 保護者氏名        | 父      | 鹿児島 太朗                              |  |
|        | 〇〇市〇〇町〇番地〇-〇 □□マンション 〇〇号室  |              | 母      | 鹿児島 花子                              |  |
|        |  |              | その他    |                                     |  |
| 保護者連絡先 | 固定電話   | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | 携帯電話番号 | (父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (母) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |  |

※以下、該当する項目には、□に✓をお願いいたします。なお、項目1, 2, 7, 15については、必ず□に✓をお願いいたします。

1  対象児の受診の必要性について、校内委員会等で検討した。

《校内委員会で検討した内容(受診の必要性の理由等)》

授業中に離席があり、自分の思い通りにならないときに、教室からの飛び出しが見られる。校内委員会の中で、支援体制を検討し、学習内容の提示の仕方や取り組む課題の量の調整等を図りながら、飛び出し等があった際の対応について全職員で共通理解している。保護者から対象児の状態をはっきりさせたことと要望と他院からの助言を受け、県こども総合療育センター受診の希望を受け入れ、紹介することとした。

2  保護者は、診断を聞くことを了解している。※県こども総合療育センターは、医療機関です。診断がつく場合は、診断をお伝えします。

3 受診案内のきっかけについて(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  学校側から保護者に勧めた  支援機関等から勧められた(機関名: )

4 受診を希望する理由・目的(当てはまるものにすべて✓してください。)

コミュニケーション  言語の発達  こだわり  感覚過敏  運動発達  生活習慣  多動・衝動性  
 不注意  かんしゃく  学習面  知能の遅れ  自傷  他害  登校しぶり・不登校  
 睡眠の問題  その他( )

5 受診の際に相談したいこと

・自分の思い通りにならないと、癇癪をおこし、物にあたりたり、教室や部屋を飛び出してしまふ。長時間の集中が難しく、離席し、他児にちょっかいを出してトラブルになることが多い。週に3~4回程度ある。  
・音読がたどたどしい。書字の字形が整わず、板書を写すことが間に合わない。  
・算数や理科は、意欲的に学習に取り組むが、国語や社会は、苦手意識からか、学習に参加できないことがある。

6 受診までの経緯について(医療機関等の受診歴や就学前の状況、発達に関する経過、保護者との面談内容、受診を希望したきっかけ等を記入)

3歳児健診で、指摘があり、療育を勧められ、「〇〇児童発達支援事業所」の週3回利用を開始。小学校に入学し、自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍。学年が上がるにつれ、授業中の離席や教室からの飛び出しが多くなってきていた。2年時7月の教育相談の中では、離席や飛び出しを概ね認めることやクールダウンの場所を確保する等の対応を保護者と共通理解し、支援に取り組んできていた。このときから、「放課後等デイサービス事業所〇△□」の利用を開始。2年時12月に関係者とケース会議を実施し、支援の方向性について意見交換。3年生の家庭訪問時に、保護者から児の支援の継続と医療機関受診の相談を受けたが、とりあえず支援を継続させ、1学期は様子を見るようにしていた。3年生になって、離席や飛び出しに対する担任や他児からの言葉かけに対して、癇癪を起こし、暴言や暴力が次第に見られ始め、だんだん回数が多くなってきた。7月の教育相談時に、他児に暴言や暴力が出てしまっている状況があり、改めて、保護者から医療機関受診の希望の相談を受け、地域の「〇〇病院」の受診を勧めた。「〇〇病院」にて、ADHDの診断及び服薬の検討となり、主治医から「県こども総合療育センター」の受診を勧められ、今回の受診申込に至った。

7  本人の状態について、保護者と紹介機関が共通の認識をもっている。

8 乳幼児健診等での助言の有無等(1歳6か月・3歳)

|                      |  |                   |   |                    |       |
|----------------------|--|-------------------|---|--------------------|-------|
| 1歳6か月児健診<br>要経過観察の有無 | あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし | 3歳児健診<br>要経過観察の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし | その他の健診<br>要経過観察の有無 | あり・なし |
|----------------------|--|-------------------|---|--------------------|-------|

※助言された内容等

|        |          |   |
|--------|----------|---|
| 乳幼児健診等 | 1歳6か月児健診 |   |
|        | 3歳児健診    | 3歳児健診で、「他の刺激の影響を受けやすく、課題に取り組めない。」等の指摘があり、療育を勧められ、「児童発達支援センター〇〇」の週3回利用を開始。 |
|        | その他の健診   |   |

# 《記入例》

## 9 就学前の状況、発達に関する経過

### (1) 保育園や幼稚園での様子(担任の先生に指摘されたり、助言されたりしたこと等を中心に)

・□□保育園に在籍。  
 ・「集団での一斉指示が通りにくい。」「活動によっては、教室からの飛び出しが見られている。」等の指摘を受けていた。

### (2) 児童発達支援事業所の利用 ( 有 ・ 無 )

| 利用している事業所名, 施設名等 | 利用頻度 | 支援内容等          |
|------------------|------|----------------|
| 〇〇児童発達支援事業所      | 週3回  | 小集団での活動を通したSST |

### (3) 保育所等訪問支援の実施 ( 有 ・ 無 )

| 助言内容 |   |
|------|---|
|      | ・〇〇児童発達支援事業所の担当者が、年長時の6月～7月に3回、□□保育園を訪問。<br>・「全体指示の後に個別に指示を出す。」「苦手な活動の参加の仕方を工夫する。」等の助言があった。 |

## 10 既往歴について(これまでの大きな病気等の有無)

・1歳時に、熱性けいれんあり。1歳時のみで、その後、けいれんなし。

## 11 家族構成(兄弟児における当センターの受診児の有無)

対象児・父・母・長女(高1)・長男(中2)・次男(小6)・妹(年長)  
 ※対象児が初めての受診で、兄弟児に受診歴は無し

## 12 対象児の学習の定着状況や出席状況、知能検査等の結果について(知能検査については、これまでに、実施されていれば記入して下さい。)

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 学習の定着状況  | ○各教科の学習の定着状況(定期テストや実力テストの結果等)<br>・単元テストの状況(国60点程度, 算90点程度, 理90点程度, 社50点程度)  |  |
| 出席状況     | ※当てはまる状態に○を付けて下さい。 <input checked="" type="radio"/> 登校 ・ <input type="radio"/> 遅刻気味 ・ <input type="radio"/> 登校しぶり ・ <input type="radio"/> 不登校傾向 ・ <input type="radio"/> 不登校 |  |
| 知能検査の結果等 | WISC-III  | 【令和〇年〇月〇日実施】実施機関(〇〇小学校)<br>全検査(〇〇) 言語性(□□) 動作性(△△) 言語理解(◇◇) 知覚統合(△△) 注意記憶(◎◎) 処理速度(☆☆) |
|          | WISC-IV   | 【 年 月実施】実施機関( )<br>全検査( ) 言語理解( ) 知覚推理( ) ワーキングメモリー( ) 処理速度( )                         |
|          | WISC-V  | 【 年 月実施】実施機関( )<br>全検査( ) 言語理解( ) 視空間( ) 流動性推理( ) ワーキングメモリー( ) 処理速度( )                 |
|          | ( )   | 【 年 月実施】実施機関( )  |

## 13 現在、校内で受けている指導・支援内容について(該当するものに○印)

| 支援項目             | 校内での支援の状況  |
|------------------|--|
| 通級指導教室の利用状況      | <input checked="" type="radio"/> 利用なし / <input type="radio"/> 利用中 ( 言語障害 / 自閉症・情緒障害 / LD・ADHD / 難聴 )   |
| 特別支援教育支援員の活用状況   | 活用なし / <input checked="" type="radio"/> 活用中 (頻度:週3~4 ※国語と社会の時間)  |
| 特別支援学校の巡回相談の活用状況 | 活用なし / <input checked="" type="radio"/> 活用したことがある / <input type="radio"/> 活用中 (学校名:〇〇特別支援学校, 担当者:△△教諭) |
| スクールカウンセラー       | 活用なし / <input checked="" type="radio"/> 活用したことがある / <input type="radio"/> 活用中 (担当者:〇〇市教育委員会SC□□氏)      |
| スクールソーシャルワーカー    | 活用なし / <input checked="" type="radio"/> 活用したことがある / <input type="radio"/> 活用中 (担当者:〇〇市教育委員会SSW◎◎氏)     |

## 14 助言された内容等

|               |   |
|---------------|---|
| 特別支援学校の巡回相談   | ・クールダウンの場所の確保の必要性   |
| スクールカウンセラー    | ・小2年時の10月に、母親とSCの面談を実施。母親に対して、児への言葉かけの仕方の助言や児の状態を把握するために医療機関を活用する事例の紹介があった。 |
| スクールソーシャルワーカー | ・小2年9月から活用。同年12月のケース会議実施に向けて関係機関との連絡・調整をもらった。                               |
| その他(事業名: )    |   |



# 《記入例》

## 15 紹介となった対象児の困っていることや相談したいことと学校・家庭での現在や今後の合理的配慮について

学校や家庭での児童生徒に対する指導・支援の在り方等について、校内委員会等で検討した。

|        | 困っていること・相談したいこと                                | 現在、取り組んでいる(今後、取り組もうとしている)合理的配慮について   |
|--------|--|--|
| 学校等の生活 | ・長時間の集中が難しく、離席をして、他児にちょっかいを出し、トラブルになることが多い。    | ・支援学級では、課題の量を調整して提示し、一部、休憩を入れながら取り組むようにする。<br>・交流学級では、離席したくなったら、廊下に出ることを承認。タイムタイマーを活用し、教室に戻るようにする。 |
|        | ・自分の思い通りにならないと癇癪を起し、物にあたり、教室を飛び出したりする。         | ・いろいろな際に相談する先生やクールダウンする場所を設定。<br>・行動振り返りシートを準備し、帰りに担任と行動の振り返りをするようにする。                             |
|        | ・国語や社会の授業に参加できないことが多い。音読がたどたどしい。板書を写すのが間に合わない。 | ・必要に応じて、事前に学習内容を予告し、見直しをもって、授業に臨めるようにしている。<br>・読み上げ支援やデージー教科書の活用。<br>・穴埋めプリントを準備し、板書を書き写す量を調整する。   |
| 家庭生活   | ・自分の思い通りにならないと癇癪を起し、物にあたり、自宅を飛び出したりする。         | ・児に対して肯定的な言葉かけをする。<br>・放課後等デイサービス事業所を利用し、小集団での活動を通して、いろいろな際の対応の仕方を繰り返し練習する。                        |
|        | ・宿題に取りかかるまでに時間がかかる。また、実際に宿題を終わらせるのに時間がかかる。     | ・宿題の量の調整をする。<br>・家庭において、必要に応じて読み上げ支援を行う。   |

## 16 現在、校外で受けている指導・支援の内容について

(1) 放課後等デイサービスや日中一時支援サービス等の福祉サービスを受けている場合、事業所名と支援内容を記入してください。

| 利用している事業所名, 施設名等  | 利用頻度 | 支援内容等            |
|-------------------|------|------------------|
| 放課後等デイサービス事業所 ○△□ | 週3回  | ・小集団での活動を活用したSST |
|                   |      |                  |
|                   |      |                  |

(2) (1)の福祉サービスを受けている場合、対象児担当の相談支援専門員の所属の事業所名と担当者名を記入してください。

|      |            |      |      |
|------|------------|------|------|
| 事業所名 | 相談支援事業所□□□ | 担当者名 | ○○さん |
|------|------------|------|------|

(3) 相談支援専門員が主催する担当者会議、支援会議、ケース会議等への参加と保育所等訪問支援の受け入れについて

|   |   |
|---|---|
| ○担当者会議等に学校も参加したことが( <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない )    | 実施時期(令和○年△月)<br>参加者(保護者, 担任, 特別支援教育C○, 管理職, 放デイ担当, 相談支援担当)  |
| ○学校が保育所等訪問支援を受け入れたことが( <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない ) | 受け入れ時期(令和□年◎月～ 3回)<br>実施事業所(児童発達支援センター○○)   |
| 助言内容  | ○担当者会議では、家庭、学校、放デイにおける児の状態を確認し合い、児の具体的な対応を検討するために保育所等訪問支援の活用することとなった。<br>○保育所等訪問支援では、座席の調整や見直しをもたせること、児がいろいろな際にクールダウンできる場や相談できる先生を設定する等の助言があった。 |

## 17 他の医療機関での診断、訓練等の状況について

| 医療機関名 | 診断等  | 訓練等を実施の場合は、内容及び頻度 |
|-------|------|-------------------|
| ○○病院  | ADHD | 診察・服薬検討           |
|       |      |                   |

18  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。

※ 他の医療機関を受診している場合、原則、医療機関からの診療情報提供書が必要です。

## 19 障害者手帳の取得について

※障害者手帳の取得が(  ある ・  ない )

※障害者手帳取得の有無に○を付けてください。

※障害者手帳取得がある場合は、程度まで記載してください。

| 手帳名   | 療育手帳        | 身体障害者手帳  | 精神障害者保健福祉手帳 |
|-------|-------------|----------|-------------|
| 障害の程度 | A1・A2・B1・B2 | ( )種( )級 | ( )級        |

# 《記入例》

## 20 添付資料等について

学校等で作成している資料等がありましたら、添付してください。（資料名の□に✓）

- 個別の指導計画, 個別の教育支援計画
- 個別の移行支援シート( 幼・保→小 ・ 小→中 )
- 学校での指導・支援状況に関する資料
- 放課後等デイサービス事業所等が作成している個別支援計画
- 各種検査結果のコピー( )
- その他の資料( )

・20については、個別の教育支援計画、指導計画、移行支援シート、放課後等デイサービス事業所の個別支援計画、各種検査結果等、添付した書類について□に✓をお願いします。また、各書類の添付をお願いします。

## 21 その他, 注意事項

- 鹿児島県子ども総合療育センターからの受診結果につきましては、各学校へ情報提供することとしております。
- 児童・生徒の状況によっては、鹿児島県子ども総合療育センターの受診よりも、他の機関等を御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、保護者からの電話での予約になります。
- 提供いただいた他機関が実施した検査結果につきましては、当センターの診察の際に参考にさせていただきますが、検査結果について当センターでは説明はできません。受診までに検査実施機関において、説明をお願いします。

(注) 全ての内容等を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- 「受診申込・紹介票」を、鹿児島県子ども総合療育センターに提出すること
- 診療を目的として、学校が持っている児童生徒の情報を、鹿児島県子ども総合療育センターに提供すること
- 受診前に鹿児島県子ども総合療育センターが、お子様の状況や支援について学校等へ聞き取りや調整をすること
- 受診後に、鹿児島県子ども総合療育センターが受診結果等を紹介機関である学校に郵送すること
- 鹿児島県子ども総合療育センターから郵送された受診結果等を、必要に応じて学校が関係機関(相談支援事業所, 放課後等デイサービス事業所, 医療機関等)と情報を共有し、連携して支援を行うこと

令和〇年 □□月 △△日

保護者氏名(自署)

鹿児島 太郎

学校名

〇〇小学校

校長

桜ヶ丘 次郎

印

- ・保護者に紹介票の内容と最後の注意点まで確認していただき、必ず署名をもらってください。
- ・施設入所の児についても、施設長名ではなく、原則、保護者の署名をもらうようにしてください。  
※施設入所の児において、保護者とのやりとりが難しい状況がある場合は、事前に当センターまでご相談ください。
- ・学校全体で検討した証明として、学校長名の記載、公印の押印をお願いします。

《動画リンク》

<https://youtu.be/9zY92EpykG8>

《QRコード》

