

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）

※紹介元で作成（入力またはペン書き）

番 号 (未記入欄)				紹介元 連絡先	担 当 者	職 名	
						氏 名	
紹 介 機 関	市町村名		市 / 町 / 村		所 在 地	〒	
	事業所等名						
	種別				電話番号	— —	

※種別は次から選び番号を記入（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 こども園 8 その他）

フリガナ 児童氏名				性別	生 年 月 日	(元号)	年	月	日	
						歳 か月				
保育所又は幼稚園										
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	(父)			(母)		

※聞き取りを受ける方に☑をお願いします。

※該当する項目には、☒をお願いします。（1，2，7は必須項目）

1	☐ 対象児の受診の必要性について、紹介機関として検討した。
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	受診申込のきっかけ（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☑） ☐ 保護者からの相談 ☐ 紹介機関側から保護者に勧めた ☐ 紹介機関以外の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 ☐ 育てにくい ☐ かんしゃく ☐ 自傷 ☐ 他害 ☐ 睡眠の問題 ☐ その他（ ）
5	対象児の様子及び相談したいこと 【箇条書き】
6	受診までの経緯（受診を希望したきっかけ、保護者との面談内容、発達に関する経過、医療機関等の受診歴等）
7	☐ 対象児の状態について、保護者と紹介機関が共通の認識を持っている。

8	既往歴（これまでの大きな病気等の有無）		
9	家族構成（同居家族，当センターを受診しているきょうだい児のお名前等）		
10	乳幼児健診等での指摘・助言の有無		
	1歳6か月児健診	有 ・ 無	【内容】
	3歳児健診	有 ・ 無	【内容】
	その他の健診 (5歳児健診，親子教室等)	有 ・ 無	【内容】
11	児童発達支援事業所での様子及び現在取り組んでいる支援や配慮等		
	事業所名： _____		【様子】
	年 月～ 利用開始 回／週 小集団 ・ 個別（ ） 母子分離 ・ 親子療育		【支援や配慮等】
	事業所名： _____		【様子】
	年 月～ 利用開始 回／週 小集団 ・ 個別（ ） 母子分離 ・ 親子療育		【支援や配慮等】
	事業所名： _____		【様子】
	年 月～ 利用開始 回／週 小集団 ・ 個別（ ） 母子分離 ・ 親子療育		【支援や配慮等】
	★相談支援事業所： _____ 相談支援専門員： _____		

