

鹿児島県こども総合療育センター

# 受診に関するQ&A

## ガイドブック



令和7年4月版

鹿児島県こども総合療育センター

### 「受診に関するQ&Aガイドブック」に関する留意点

- このガイドブックは、当センターの受診を検討している園や学校、療育機関等紹介元向けに作成しました。
- 園や学校等において、対象児の受診を検討する際は、必ず、ガイドブックの内容を御確認ください。
- ガイドブックの内容について、御質問がある場合やガイドブックをお読みいただいた上で、受診の必要性や判断に迷われる場合は、当センターまで遠慮なく御相談ください。
- 今回、作成したガイドブックに記載された内容は、令和7年4月時点での内容になり、受診の申込の流れや診療の流れ等、当センターの状況に応じて変更された際には、記載された内容と実際の流れ等が相違することがあることを予め御了承ください。

令和7年4月  
鹿児島県こども総合療育センター  
支援部 地域支援課  
電話：099-265-2400  
FAX：099-265-0006

### お知らせ

- ※ 鹿児島県こ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》



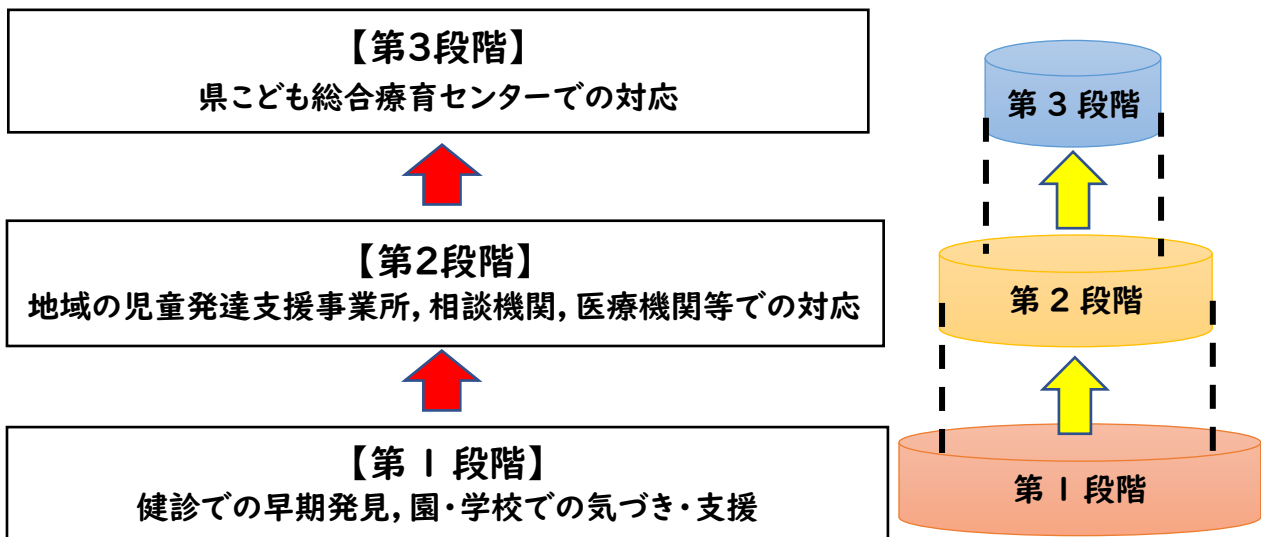
## 目 次

|                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| 1 医療機関の役割や医療と教育の連携について                      | P1      |
| (1) 適切な医療と教育の連携の在り方について教えてください。             | P2~P3   |
| (2) どんなときに医療機関の受診を考えたらいいですか？                |         |
| (3) 県こども総合療育センターでは、どんなことができますか？             |         |
| 2 紹介票を活用した初診申込みシステムについて                     | P5      |
| (1) なぜ、紹介票を作成する必要がありますか？                    | P6      |
| (2) 初診申込みを検討する前に気を付けることは、どのようなことがありますか？     |         |
| (3) 紹介票を作成するのは、誰ですか？                        |         |
| (4) どのように紹介票を作成すればいいですか？                    | P7      |
| (5) 紹介票を活用するとどのようなメリットがありますか？               |         |
| ●教育と福祉との連携について                              | P8      |
| 3 初診の申込みまでの流れについて                           | P9      |
| (1) 初診申込みから初診までの大まかな流れとスケジュールについて教えてください。   |         |
| (2) 紹介票の具体的な作成方法を教えてください。<br>ア 未就学児編 イ 就学児編 |         |
| (3) ケースワーカーによる聞き取りでは、どんなことが聞かれますか？          | P10~P17 |
| (4) 初診日が決まったら、どのように案内されますか？                 |         |
| 4 初診のときの大まかな診察の内容・流れについて                    | P19     |
| (1) 初診のときは、どんな診察や検査をしてもらえますか？               |         |
| (2) 初診のときは、時間はどれくらいかかりますか？                  |         |
| ※初診の診療の大まかな流れ(イメージ図)                        | P20     |
| (3) 初診後は、どのような対応になりますか？                     | P21     |
| (4) 初診後、保護者や紹介元等には、どのように結果が伝えられますか？         |         |
| (5) 初診後も受診や相談はできますか？                        |         |
| 5 再診について                                    | P22~P23 |
| (1) 再診を検討する際に気を付けることは、どのようなことがありますか？        |         |
| (2) 再診予約方法を教えてください。                         |         |
| 6 その他                                       | P24     |
| (1) 知能検査実施希望のみの受診はできますか？                    |         |
| (2) 服薬が検討されるのはどんなときですか？                     |         |

## Ⅰ 医療機関の役割や医療と教育の連携について

(1)適切な医療と教育,福祉との連携について教えてください。

### 医療と教育,福祉との連携のイメージ



第1段階として, 園や学校でできる合理的配慮を考えることが大切になります。園や学校の中で, 対象児に必要な合理的配慮について, 「校内委員会」や「園全体の検討会」等で, 十分に検討し, まずは, 園や学校でできる支援を実施していただきたいです。なお, 園や学校でできる合理的配慮を検討する上で, 「特別支援学校の巡回相談」や「県総合教育センター特別支援教育研修課への相談」等の活用を推奨いたします。

第2段階として, 園や学校だけでは解決できない困り事については, 地域の「相談支援事業所」, 「児童発達支援事業所」, 「放課後等デイサービス事業所」等と連携することで解決を図ることが大切になります。園や学校, 地域の支援者で, ケース会議等を実施し, 連携を深め, 対象児の学校や家庭での困り事の支援について, 地域の支援者と一緒に検討することが困り事の解決への糸口になります。また, 園や学校, 地域の支援者が連携し, 様々な資源を活用しながら支援を進める中で, 対象児に対して「診断」や「医療的なアセスメント」等が必要になった際には, まずは地域の医療機関の受診を検討していただくと有り難いです。

第3段階として, 園や学校, 地域の支援者及び地域の医療機関が連携しながらも, 対象児の状態に大きな改善が見られなかったり, より専門的な医療機関の受診の必要性が出てきたりした際には, 当センターの受診を検討していただくと有り難いです。なお, 地域の医療機関を受診している場合は, 必ず主治医に当センターの受診について相談した上で, 受診を検討するようにしてください。

## (2) どんなときに医療機関の受診を考えればいいですか？

対象児の相談事や困り事に対して、まずは、園や学校、地域の支援者と連携し、様々な資源を活用し、支援体制を整えた上で、医療機関受診の検討をしていただきたいです。

基本的には、発達に関する「診断」や「特性」を保護者や本人が知りたいと考えた段階が受診のタイミングと考えます。従って、受診を検討する際には、保護者は診断がつくことを受け入れていることが大切になります。

なお、「診断」というよりは、園や学校が以下の状態への対応に困っている（対応を知りたい）とのことで受診される場合があります。それについては以下を参照していただき、それぞれの機関で対策を検討いただけますと有り難いです。

### ○受診を検討する前に対応していただきたいこと

| 児の状態像等                  | 留意点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○読み書きに苦手さがある。           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・読み書きの苦手さについては、様々な媒体で、明確に支援法が紹介されているため、診断がなくても支援を検討できるものになります。</li> <li>・主な支援例としては、読みが苦手な対象児の場合は、「読み上げ支援」、「マルチメディアデージー教科書の活用」、「音読補助シートの活用」等、書きが苦手な対象児の場合は、「書く量の調整」、「ICT機器の活用」、「ノートのマス目等の大きさの調整」等が挙げられます。</li> </ul>                                                                                                    |
| ○「片付けができない」<br>「忘れ物が多い」 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・片付けや忘れ物に対する対応法については、各種支援ツールや支援法について、様々な媒体で紹介がされており、診断がなくても支援を検討できるものになります。学校の担任や放課後等デイサービスの担当者が、保護者と一緒に支援の方法について検討していただくことで解決に繋がることも多いです。</li> <li>・主な支援例としては、片付けの支援については、「整理箱や整理棚の活用」、「引き出しに仕切りを作る」、「片付ける場所に目印をつける」、「片付けタイムの設定」等、忘れ物の支援については、「メモや付箋の活用」、「連絡帳の工夫」、「クリアファイルの活用」、「ICTの活用」、「保護者との連携」等が挙げられます。</li> </ul> |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○知的障害（疑いも含め）がベースにあり、困っている状態がある。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・知的障害がベースにある困り事は、対象児の発達段階に合わせて、支援や環境を調整することが基本になります。</li> <li>・療育手帳の取得等を通して、福祉サービスの利用に繋げ、対象児の支援者を増やす等の地域の支援体制を整えることも有効的な手立ての一つになります。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>○「ゲームが止められない」</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ゲームは、誰しものが、始めてしまうと止めることができない傾向が強いものです。まずは、家庭におけるゲーム使用時のルールを設定、確認し、対応を検討することが大切になります。</li> <li>・「切り替えの苦手さ」の特性のある対象児においては、ゲームを始めると止めることができないこともよくあることです。このような特性のある対象児は、日々の生活の中での切り替えの練習を繰り返し取り組むことが大切になります。家庭や学校、放課後等デイサービス事業所の活動等の中で意図的に切り替えの練習の機会を提供することが有効的な支援になります。</li> <li>・ゲームに熱中する理由の一つとして、ゲーム以外に楽しいと思えるものがない場合が考えられます。ゲーム以外に楽しめる活動をいくつか準備するだけでも解決に繋がることも多いです。</li> </ul> |
| <p>○不登校</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・不登校の要因は様々であり、まずは、その背景を把握することが大切になります。対人関係や環境等において、明確な要因が把握されている場合は、その要因の解決を図ることが必要な支援になります。</li> <li>・不登校児の相談先としては、「かごしま教育ホットライン24」「県総合教育センター教育相談課」「かごしま子ども・若者総合相談センター」等があります。また、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーの活用等を推奨します。</li> </ul> <p>※不登校に伴い、対象児に何かしらの症状等が出ている際や不登校の要因や背景を探る中で、対象児の発達や特性等について、医療的なアセスメント等の必要性が出た際に、医療機関の受診を検討していただきたいです。</p>                                      |

### (3) 県こども総合療育センターでは、どんなことができますか？

#### 鹿児島県こども総合療育センターは

- 1 発達障害, 知的障害, 肢体不自由又はその疑いのあるこどもを対象に, 医師が診療を行う「診療機能」(診断・投薬)
- 2 専門職種(作業療法士, 理学療法士, 言語聴覚士)が訓練を行う「療育機能」(リハビリテーション:主に未就学児が対象)
- 3 こどもの心身の発達に関する保護者や地域からの様々な相談に応じる
- 4 保健師, 教員等が関係機関と連携して地域療育の「支援を行う機能」をもった公的機関です。

※療育手帳の判定は, 各地区児童相談所で行います。

- 県こども総合療育センターは, 医療機関です。
- 未就学児から中学生卒業前までのお子さんが受診することができます。

#### □ 当センターができること

- ・ 発達障害等の診断をお伝えすること(※診断がつかない場合もあります。)
- ・ 発達特性のアセスメントやかかわり方の助言
- ・ お薬について



◎ 当センターでは, 医師を始め, 心理士, 作業療法士, 言語聴覚士, 理学療法士, 保育士, 保健師, 教員等の多職種で, 対象児の見立てや対応の在り方等について検討し, 保護者や紹介元に助言することができます。

#### □ 園や学校, 地域の関係機関が得意なこと

- ・ 現場での具体的な環境設定
- ・ 集団の中での対応の見極め

※ 件数は多くないですが, 児の状態によっては, 当センター職員が現場に出向き, 環境調整を行うこともあります。

- 支援の主体は, 対象児に関わる園や学校, その他, 地域の関係機関です。
- それぞれの専門性を活かしながら, 子どもだけでなく, 支援者も無理なく過ごせる連携を図っていくことが大切です。
- 当センターとしては, 当センターの受診を通して, 対象児の特性や対応の在り方についての理解や対象児に関わる各支援者の連携を深めるお手伝いができればと考えています。

## 2 紹介票を活用した初診申込みシステムについて

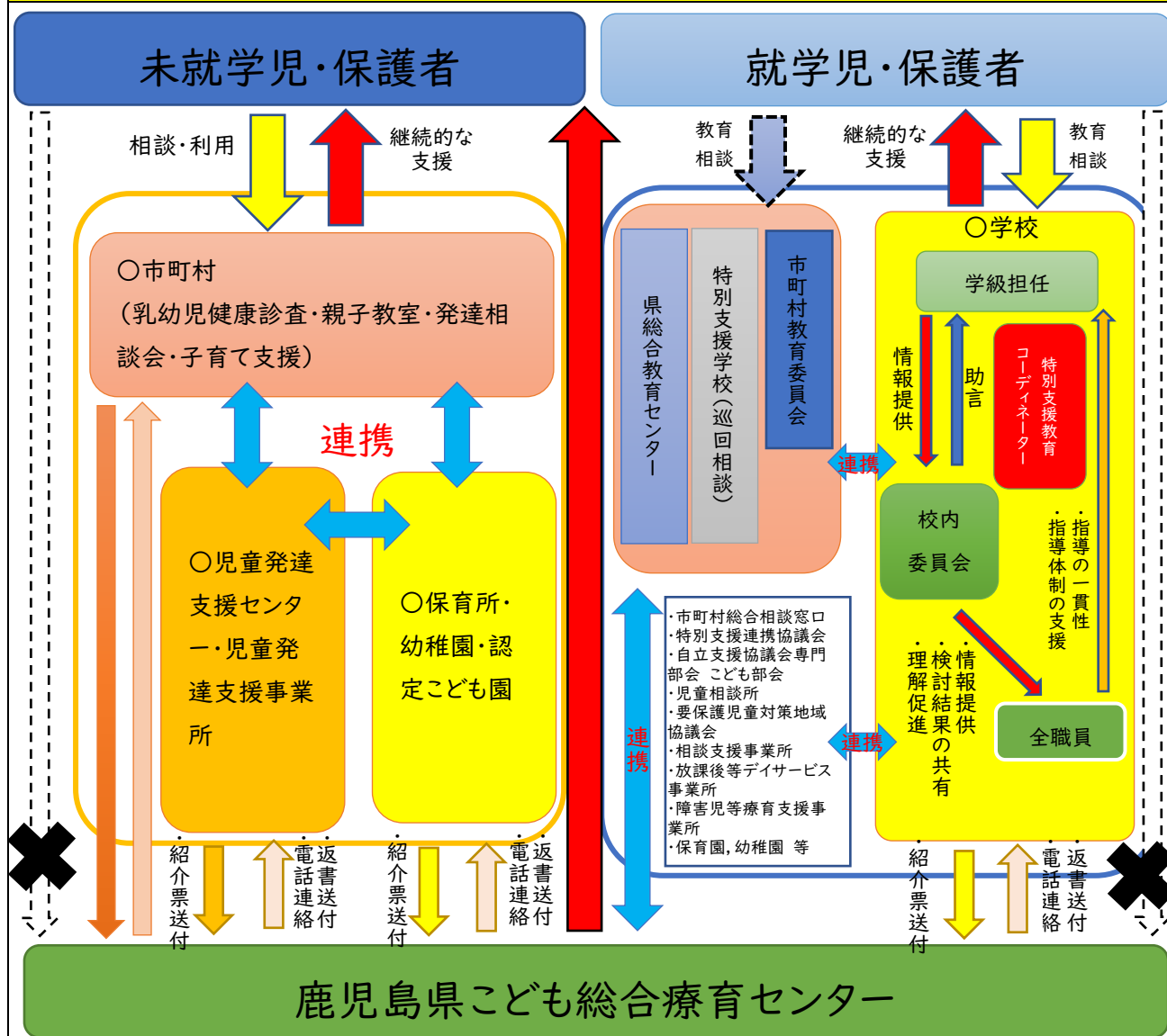
### ○当センターの初診の申込みについて

初診については、保護者が直接申込むのではなく、対象児が通っている保育所・幼稚園・認定こども園・児童発達支援事業所・小学校・中学校等の支援機関もしくは教育機関を通じて申込むことができます。

初診申込みには、未就学児は「紹介票（未就学児用）」、就学児は「紹介票（就学児用）」の提出が必要となります。

紹介票等については、保護者から必要な情報を聞き取り、紹介元（園や学校等）が作成し、紹介元から当センターに提出していただきます。

### 県こども総合療育センターの初診予約の流れイメージ図



## (1) なぜ、紹介票を作成する必要がありますか？

紹介票を作成することを通して、対象児の幼少期から現在までの発達の状況の把握に繋がり、改めて、対象児の多面的な実態の把握を行うことができます。このことが、当センター受診の際に、スムーズな診療に繋がります。

また、現在、園や学校等で行っている支援について改めて振り返る機会になり、今後に向けた新たな支援の検討にも繋がります。

さらに、対象児の園や学校等以外の地域における支援者の把握にも繋がり、今後の園や学校等と地域との支援体制構築に繋がります。

※ 就学児においては、紹介票の内容が個別の教育支援計画及び個別の指導計画の作成の参考にもなります。

## (2) 初診申込みを検討する際に気を付けることは、どのようなことがありますか？

保護者から受診について相談を受けたり、担任等で対象児の受診を検討したりする際には、園全体の検討会や校内委員会等で、受診の必要性について、しっかりとした検討をお願いします。事前の検討がない紹介票は受け付けることができません。

また、受診の必要性の検討、または受診に向けて紹介票を作成することを通して、これまでの支援について確認し、これからの支援について検討をお願いします。さらに、園や学校内の支援体制だけでなく、地域の資源（相談支援事業所、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所等との連携）も活用しながら、できることから支援を始めていくようにお願いします。

### ◎ 検討の際のポイント

- ☐ 児の支援の在り方について再確認、改善の余地はないか。
- ☐ 医療の前に活用できる資源はないか。地域の支援者との連携はできないか。
- ☐ 児・保護者の家庭のみでの困り感についても、園学校でできることはないか、再確認する。
- ☐ 保護者としてしっかりと共通理解を図りながら、保護者と一緒に最終的に児の受診の必要性について判断する。

### ○ 受診につなげる前にできること

#### ①園や学校内でできること

- ・ 保護者との教育相談（丁寧な対応を）
- ・ 園全体での検討会及び校内委員会での検討
- ・ 園や校内ケース会議（園、学校全体での情報共有、共通理解）
- ・ 特別支援教育コーディネーターや養護教諭を介した連携

#### ②外部機関の活用

- ・ 相談支援事業所（相談支援専門員）との連携→**※P8に詳細を記載**  
（児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所等との連携）
- ・ 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の活用
- ・ 県総合教育センターへの相談、市町村教育委員会への相談

### (3) 紹介票を作成するのは、誰ですか？

紹介票の作成者は、紹介する園や学校等の指導者、または支援者になります。具体的には、未就学児であれば通園している園の担任または児童発達支援事業所の担当、就学児であれば小学校、中学校等の担任または対象児に関わりのある先生になります。

### (4) どのように紹介票を作成すればいいですか？

紹介票の作成は保護者ではなく、紹介元の担任・担当が行ってください。保護者との面談を通して必要事項の聞き取りをし、作成をお願いいたします。

面談の時間がなかなかとれない場合もあるかもしれませんが、可能な限り、時間を設定して保護者と一緒に話し合いながら作成することを推奨いたします。

### (5) 紹介票を活用するとどのようなメリットがありますか？

紹介票を提出していただくことで、当センターで把握した対象児のアセスメント結果や対応の仕方等について、直接、園や学校の先生、地域の支援者につなぎ、支援の充実や改善を図ることができます。また、対象児を取り巻く地域の支援体制の見直しにも繋がり、学校を含めた地域での支援体制の充実を図ることができます。

さらに、受診後は、地区担当のケースワーカーが、必要に応じて、園や学校の先生方からの対象児の支援に関する相談に対応をさせていただきます。

#### ※年度をまたぐ受診の留意点

年度をまたいで受診する際は、対象児のこれまでの状況や受診申込みに至った経緯等を、来年度の担任や就学・進学先へ確実に引継いでいただくようお願いいたします。

## ●教育と福祉との連携について（※P6外部機関の活用）

### ◎相談支援事業所（相談支援専門員）との連携について

- ・福祉サービス（児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所等）を利用している対象児は、相談支援専門員が設定されています。
- ・相談支援専門員は、対象児の実態は基より、家庭環境やこれまでの支援歴など対象児に関するあらゆる情報をお持ちです。相談支援専門員と情報交換するだけでもたくさんの支援のヒントを得ることができます。

#### ○相談支援専門員の業務とは？

- ・障害者（児）福祉サービスについて利用希望があった場合、申請の時に必要な「サービス等利用計画（案）」を作成します。
- ・居住している市町村から支給の決定があった後に障害者福祉サービス事業や関係機関との連絡調整、連携を図り、サービスの利用を開始します。
- ・一定期間ごとにモニタリングを行い、支給決定の更新やサービスの変更や見直しなどがあった場合に担当者会議を開催します。

### ◎保育所等訪問支援の活用について

- ・保護者からの依頼に基づき、相談支援専門員の作成する「サービス等利用計画（案）」を基に、児童発達支援センターや児童発達支援事業所が実施する事業です。
- ・保育所や幼稚園、認定こども園、小学校、特別支援学校など集団生活を営む施設を訪問し、障害のない子どもとの集団生活への適応のために専門的な支援や助言を行うものです。
- ・保護者を通じて申込み、園や学校における環境調整の在り方など、児童発達支援事業所（未就学児を日頃、見ている）等のスタッフに実際の現場を見ていただきながら助言を得ることができます。なお、児童発達支援事業所等のスタッフによる支援のため、概ね行動面に課題のある対象児が支援の対象となります。

※ 学習面に課題のある対象児については、「県総合教育センター特別支援教育研修課への相談」や「特別支援学校の巡回相談」の活用を推奨します。

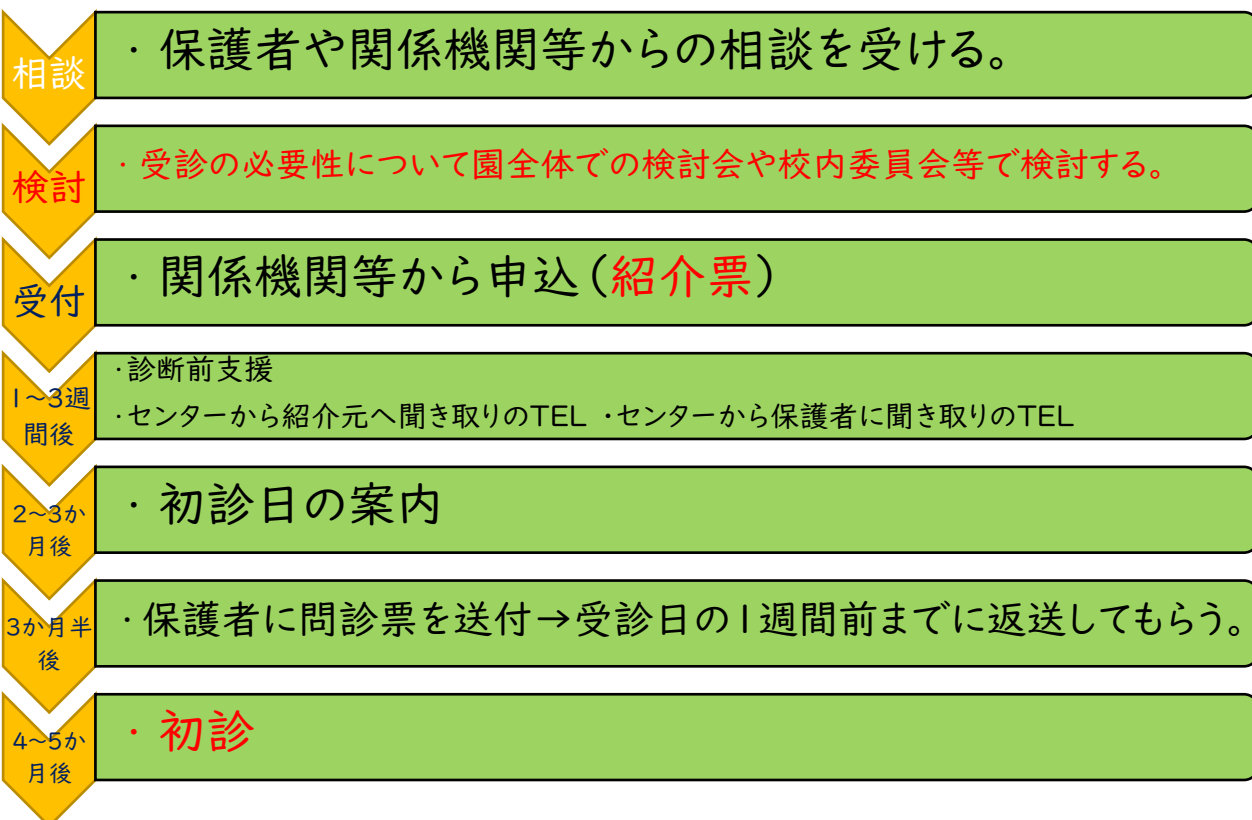
### ◎モニタリング会議や担当者会議等への参加について

- ・相談支援専門員は、対象児のサービス等利用計画の定期的な見直し等のためにモニタリング会議やケース担当者会議を定期的に行っています。
- ・モニタリング会議やケース担当者会議には、対象児に日常的に関わっている児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所等の担当者が参加しています。各事業所の担当者は、対象児の特性や課題に対する支援を行ってきており、対象児の情報をたくさん持っています。
- ・各会議に参加することで、園や学校も含めた各事業所の役割分担の確認や対象児に関するたくさんの情報を共有することができます。

### 3 初診までの流れについて

(1) 初診申込みから、初診までの大まかな流れとスケジュールについて、教えてください。

#### 初診までの大まかな流れ



- ・ 初診の紹介票を提出していただいてから、だいたい2~3か月後に初診日時の案内、4~5か月後に初診となります。
- ※ 紹介票の受付状況によっては、上記期間よりも早かったり、遅かったりする期間での初診の案内になることもあります。
- ・ 紹介票を提出していただくと地区担当ケースワーカーから紹介元と保護者のそれぞれに初診に向けた聞き取りのためのお電話をさせていただきます。
- ・ 紹介元及び保護者への聞き取りが済むと、初診日時の調整に入ります。その後、初診日が決まり次第、保護者に初診日時の案内をさせていただきます。
- ・ 初診日時の紹介元への連絡は、保護者からお伝えいただくようにしております。

## (2) 紹介票の具体的な作成方法を教えてください。

### ア 未就学児編 紹介票（未就学児用）※1ページ目

#### 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）

|               |      |           |            |     |   |
|---------------|------|-----------|------------|-----|---|
| 番 号<br>(未記入欄) |      |           | 担 当 者      | 職 名 |   |
| 紹介機関          | 市町村名 | 市 / 町 / 村 | 紹介元<br>連絡先 | 氏 名 |   |
| 事業所等名         |      |           | 所 在 地      | 〒   |   |
| 種 別           |      |           | 電話番号       | -   | - |

※種別は次から適当の番号を記入（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<br>児童氏名 |      |  | 性別    | 生 年 月 日 | (元号)                                                  |
| 保育所又は幼稚園     |      |  |       |         |                                                       |
| 住 所          | 〒    |  | 保護者氏名 |         |                                                       |
| 保護者連絡先       | 固定電話 |  | 携帯電話  | (父)     | <input type="checkbox"/> (母) <input type="checkbox"/> |

※聞き取りを受ける方に記入をお願いします。

※該当する項目には、☒をお願いします。（1、2、7は必須項目）

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 保護者は、診断を聞くことを了解している。<br>※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）<br><input type="checkbox"/> 保護者からの相談 <input type="checkbox"/> 紹介機関側から保護者に勧めた <input type="checkbox"/> 紹介機関以外の支援機関等から勧められた                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4 | 受診を希望する理由・目的（当てはまるものにすべて <input checked="" type="checkbox"/> してください。）<br><input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 言語の発達 <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 感覚過敏 <input type="checkbox"/> 運動発達 <input type="checkbox"/> 生活習慣<br><input type="checkbox"/> 多動・衝動性 <input type="checkbox"/> 育てにくい <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害 <input type="checkbox"/> 睡眠の問題<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 5 | 対象児の様子及び相談したいこと<br>【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、発達に関する経過等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7 | <input type="checkbox"/> 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

・紹介元の情報を記入してください。

※センター受付番号欄は当センターで記載するため未記入でお願いします。

・対象児や御家族の情報を正確に記入してください。

・該当する項目にチェックをお願いします。  
・2の「診断がつくことへの了解」は、必ず保護者に確認し、チェックをお願いします。

・5については、対象児の特性や気になることについて箇条書きで記入してください。  
・6については、受診に至った経緯について詳細を記入してください。

・7については、児の状態について、必ず保護者と紹介元が共通の認識を持っていることを確認し、チェックをお願いします。

## ア 未就学児編 紹介票（未就学児用）※2ページ目

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）

・8については、これまでの大きな病気を記入してください。  
・9については、御家族の状況について、記入してください。きょうだい児に当センターの受診児がいる場合は、必ずお名前等を記入してください。

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】

・10については、乳幼児健診の要経過観察の有無について該当する方に○をし、乳幼児健診や発達相談会、親子教室等の状況について記入してください。

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】

・11については、児童発達支援事業所（療育機関）の利用の状況について記入してください。「いつから」「どのくらいの頻度」「どのような形態で利用しているのか」事業所内の「対象児の様子」及び「現在取り組んでいる支援や配慮」等について詳細を記入してください。  
・相談支援事業所に関する情報を記入してください。

★相談支援事業所：

相談支援専門員：

## ア 未就学児編 紹介票(未就学児用)※3ページ目

|                                                                      |                          |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 12 保育所・幼稚園等での様子及び現在取り組んでいる支援や配慮等                                     |                          |
| 所・園名：<br>保育所・幼稚園・こども園<br>年 月～ 入園 回/週<br>※園内委員会等での対象児への支援の検討<br>(有・無) | 【様子】<br><br><br>【支援や配慮等】 |
| 保育所等訪問支援の利用 (有・無)                                                    | 助言内容                     |
| 巡回支援専門員による巡回相談の活用 (有・無)                                              | 助言内容                     |
| 特別支援学校の巡回相談の活用 (有・無)                                                 | 助言内容                     |

・12については、保育所・幼稚園等の利用について、「いつから」「どのくらいの頻度」等について詳細を記入してください。また、「様子及び現在取り組んでいる支援や配慮等」を記入してください。

・園内委員会等で対象児の支援の検討を行っているかどうか○をしてください。

・保育所・幼稚園等で、「保育所等訪問支援」「特別支援学校の巡回相談」「巡回支援専門員による巡回相談」等、受診前の積極的な活用をお願いします。また、活用した際には助言内容について記入してください。

|                                                                                                                 |     |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 13 医療機関での診断や訓練等の状況                                                                                              |     |               |
| 医療機関名                                                                                                           | 診断等 | 訓練・治療等の内容及び頻度 |
|                                                                                                                 |     |               |
|                                                                                                                 |     |               |
| 14 <input type="checkbox"/> 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。<br>※他の医療機関を受診している場合は、原則医療機関からの診療情報提供書が必要です。 |     |               |

・13については、これまでの医療機関受診の状況について、詳細を記入してください。

他の医療機関を受診している場合は、原則、**診療情報提供書**が必要になります。

|                                         |                       |                                                                                             |
|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 実施した検査 ※実施している場合はご記入ください。            |                       |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 田中ビネー知能検査V     | 【 年 月 日実施】 実施機関 ( )   | 生活年齢 ( ) 精神年齢 ( ) IQ ( )                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 遠城寺式乳幼児分析的発達検査 | 【 年 月 日実施】 実施機関 ( )   | 移動運動 ( : ~ : ) 手の運動 ( : ~ : ) 基本的習慣 ( : ~ : )<br>対人関係 ( : ~ : ) 発語 ( : ~ : ) 言語理解 ( : ~ : ) |
| <input type="checkbox"/> 新版K式発達検査       | 【令和 年 月 日実施】 実施機関 ( ) | 姿勢・運動 (DA: DQ: ) 認知・適応 (DA: DQ: )<br>言語・社会 (DA: DQ: ) 全領域 (DA: DQ: )                        |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )        | 【 年 月 日実施】 実施機関 ( )   |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )        | 【 年 月 日実施】 実施機関 ( )   |                                                                                             |
| 16 障害者手帳の取得の有無 (有・無)                    |                       |                                                                                             |
| 療育手帳                                    | 身体障害者手帳               | 精神障害者保健福祉手帳                                                                                 |
| A1・A2・B1・B2                             | ( ) 種 ( ) 級           | ( ) 級                                                                                       |

・15については、知能検査の結果については、結果の用紙の添付もお願いします。

・16について、障害者手帳を取得している場合は、等級等を記入してください。

|                                                |
|------------------------------------------------|
| 17 その他(連携機関、保護者の子育てに関する意見の相違等、当センターに伝えておきたいこと) |
|                                                |

・17については、連携している機関や御家族の育児に関する考え方等、当センターに伝えておきたいことを記入してください。

## ア 未就学児編 紹介票（未就学児用）※4ページ目

18 添付資料（保育所・幼稚園・事業所等で作成した添付資料に印をお願いします。）

- ☐ 乳幼児健診結果など  
☒ 個別の支援計画（保育所・幼稚園・こども園・事業所等）  
☒ 各種検査結果のコピー（新版K式発達検査の結果）  
☒ その他の資料（〇〇病院からの診療情報提供書）

・18については、チェックや添付忘れがないようにお願いします。

19 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いては、紹介機関へ情報提供することとしています。
- 対象児の状況によっては、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。
- 他機関が実施した検査結果は、診察の際に参考にさせていただきますが、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、検査結果の説明をお願いします。
- 添付された資料については、全て保護者の同意を得てから提出してください。

（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、鹿児島県こ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、紹介機関が持っている対象児の情報を、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、対象児の状況や支援について紹介機関等へ聞き取りをする
- ・受診後に、鹿児島県こども総合療育センターが受診結果等を紹介機関に送付すること
- ・鹿児島県こども総合療育センターから送付された受診結果等を、必要に応じて紹介機関が関係機関（相談通所支援事業所、保健センター、保育所・幼稚園、医療機関等）と情報を共有し、連携して支援を行うこと

・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御相談ください。

・全体で検討した証明として、紹介機関長名の記載をお願いします。

令和〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名（自署） 鹿児島 太郎

元号で記入

紹介機関名 児童発達支援事業所〇〇〇〇〇〇 紹介機関長名 療育 大介

※鹿児島県こども総合療育センターでは、「受診に関するQ&Aガイドブック」を作成しています。ホームページに掲載していますので、紹介票作成前にご確認をお願いします。  
 以下のURLから、鹿児島県こども総合療育センターのホームページにアクセスできます。

《ホームページURL》

<http://www.pref.kagoshima.jp/ae07/kenko-fukushi/syogai-syakai/chiteki/misyugaku.html>

・紹介票にはホームページのURLを記載しており、ホームページから「受診に関するQ&Aガイドブック」がダウンロードできるようになっています。

## (2) 紹介票の具体的な作成方法を教えてください。

### イ 就学児編

#### ○紹介票(就学児用)※1ページ目

鹿児島県子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(人)

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

・紹介元の情報を記入してください。

※番号欄は当センターで記載するため未記入をお願いします。

・児や御家族の情報を正確に記入してください。

|                |                                                                       |        |            |     |     |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|--------|------------|-----|-----|
| フリガナ<br>児童生徒氏名 | 学年                                                                    | 性別     | 生年<br>(元号) | 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 / 難病) / 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。

- ☐ 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。  
《校内委員会等で検討した内容(受診の必要性の理由等)》
- ☐ 保護者は、診断を聞くことを了解している。※県子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
- 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: )
- 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 ☐  
☐ 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( )

・対象児の受診の必要性について校内委員会等で必ず検討していただき、受診の必要性を判断した理由について記入してください。

・校内委員会等での検討がない場合は、受診を受け付けることができませんのでご注意ください。

・各項目の該当するものに、チェックをお願いします。  
・2の診断を聞くことの了解は、必ず保護者に確認し、チェックをお願いします。

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)

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

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            |          |                   |         |                    |         |
| 乳幼児健診等               | 1歳6か月児健診 |                   |         |                    |         |
|                      | 3歳児健診    |                   |         |                    |         |
|                      | その他の健診   |                   |         |                    |         |

・5については、対象児の特性や困っていること等、医師に相談したい内容について記入してください。

・6については、受診に至った経緯について詳細を記入してください。

・7については、児の状態について、必ず保護者と紹介元が共通の認識を持っていることを確認し、チェックをお願いします。

・8については、乳幼児健診の要経過観察の有無について保護者に確認していただき、該当する方に○をお願いします。

・乳幼児健診において、要経過観察等の助言があった場合は、助言された内容等について詳細を記入してください。

## イ 就学児編

### ○紹介票(就学児用)※2ページ目

#### 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 |
|-----------------|------|------|
|                 |      |      |

(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、実施されている場合は、結果を記入してください。)

|          |                                                     |                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 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     | 出席ではあるが欠席に○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( )          |
|          | ( )                                                 | 【 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)  |
| 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    |  |
| 個別支援会議及びケース会議等 |  |
| 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(※記入: )     |  |

・9, 10, 11については、保護者に確認していただき、記入してください。

・9(1)については、園等で指摘されたり助言されたりしたことがあったら、記入してください。

・9(2)については、児童発達支援事業所の利用の有無と利用がある場合は、事業所名等を記入してください。

・9(3)については、保育所等訪問支援の福祉サービスの利用の有無や利用があった場合は、助言内容について記入してください。

・10については、これまで大きな病気をしたことがある場合は、記入してください。

・11については、御家族の状況について、記入してください。兄弟児に当センターの受診児がいる場合は、必ずお名前等を記入してください。

・12については、学校における学習の定着状況、登校状況、知能検査等の結果について記入してください。

・教研式知能検査やNRT, CRT等の結果については、お電話で聞き取りをさせていただくため、記入の必要はありません。

・知能検査の結果については、結果の用紙の添付もお願いします。

・13については、校内での支援の状況について、該当するものに○を付けてください。「特別支援学校の巡回相談」等、受診前にできる資源として、活用できるものは積極的に活用をお願いします。

・14については、それぞれ場面で助言された内容について、記入してください。

## イ 就学児編

### ○紹介票(就学児用)※3ページ目

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) |
|--------|-----------------|---------------------------|
| 学校等の生活 |                 |                           |
|        |                 |                           |
|        |                 |                           |
| 家庭生活   |                 |                           |
|        |                 |                           |
|        |                 |                           |

・15については、児の指導・支援の在り方について、必ず校内委員会等で検討をし、☐にチェックをお願いします。

・学校生活や家庭生活で困っていること、相談したいことを記入し、それぞれの困り事に対する現時点で取り組んでいる合理的配慮について記入してください。  
・現時点で、対象児の個別の指導計画の作成がない場合は、こちらの内容を活用していただくと有り難いです。

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について

|                                                      |                   |
|------------------------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 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)      |
| <input type="checkbox"/> 学校が保育所等訪問支援を受け入れたことが(ある・ない) | 参加者( )            |
|                                                      | 受け入れ時期(令和 年 月～ 回) |
|                                                      | 実施事業所( )          |

| 助言内容 |
|------|
|      |

・16については、現在、校外で受けている放課後等デイサービス事業所や相談支援事業所等に関する情報を記入してください。

・担当者の参加の有無や保育所等訪問支援の福祉サービスの受け入れの有無について及びそれぞれにおける助言内容について記入してください。

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

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)

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

・17,18については、当センター受診前に、医療機関を利用している場合は、必ず医療機関の情報を記入してください。また、主治医に当センターの受診について相談してもらうようにしてください。

・他の医療機関を受診している場合は、原則、診療情報提供書が必要になります。

・19について、障害者手帳を取得している場合は、程度等を記入してください。

○紹介票（就学児用）※4ページ目

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✓）

- ・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。

- 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、各学校へ情報提供することとし
- 児童・生徒の状況によっては、鹿児島県こども総合療育センターの受診よりも、他の機関等を御案内
- 「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、保護者の方へ電話にて
- 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
- 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

- 「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
- 診療を目的として、学校が持っている児童生徒の情報は、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学校等へ聞き取りを行うこと
- 受診後に、鹿児島県こ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
- 鹿児島県こ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（相談支援等ディサービス事業所、医療機関等）と情報を共有し、連携して支援を行うこと

保護者氏名(自署)

校長

※ 鹿児島県こ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。

《QRコード》



- ・鹿児島県こ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。
- ・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。

### (3) ケースワーカーによる聞き取りでは、どのようなことが聞かれますか？

基本的には、各地区担当のケースワーカーから、提出していただいた紹介票の各項目の内容について、詳細の聞き取りをさせていただきます。聞き取りを進める中で、受診前に取り組むことができる支援や対応の在り方、地域の資源の活用について等、助言させていただくこともあります。

以下が、ケースワーカーが聞き取りをする主な内容になります。

#### ケースワーカーによる聞き取り

- ・ 受診を勧めた、希望したのはなぜか。
- ・ 誰がどのような困りがあるのか。
- ・ どのような支援が有効だったのか。
- ・ 支援がうまくいかないのはどんな場面か。
- ・ 学校内、家庭との共有が図れているか。
- ・ 学校、家庭以外の支援機関の介入。

※ 状況に応じて、教育センターやSSW,SCの活用を勧めたり、初診までの期間でのアセスメントの必要性を判断したりします。

※ 就学児については、学習の定着状況の確認として、学校で行っている「教研式知能検査」や「CRT」、「NRT」等の結果について聞き取りをさせていただきます。聞き取りの際は、直近の各種検査の結果についてお手元に準備をしていただけると助かります。

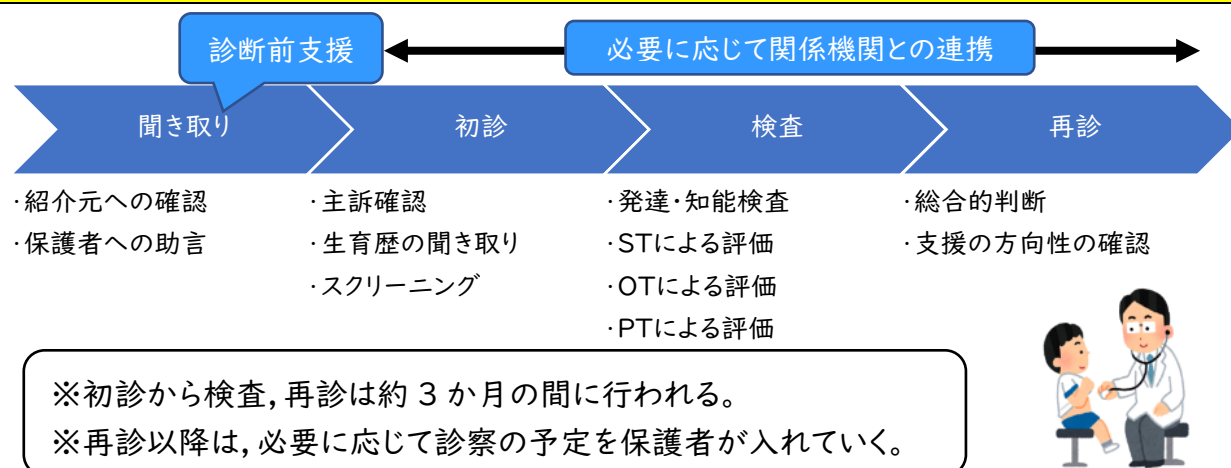
### (4) 初診日が決まったら、どのように案内されますか？

初診の日時が決まると、地区担当ケースワーカーから、保護者に日時の相談のお電話を差し上げます。その後、紹介元への初診の日時の連絡は、原則、保護者からお伝えいただくようにしております。

## 4 初診のときの大まかな診察の内容・流れについて

### (1) 初診のときは、どんな診察や検査をしてもらえますか？

#### 当センターの診療の流れ



上記の図が、基本的な診療の流れになります。

初診の際は、基本的には、「医師による診察」、「心理士等によるアセスメント」、「ケースワーカーによる面談」等が実施されます。

初診の日の診療の流れの一例としては、まず、「医師による診察」の中で、対象児に対して、医師が、直接、簡単なアセスメントを実施いたします。次に、医師は、保護者に対して、主訴やこれまでの生育歴の確認等を行います。主治医が保護者から主訴やこれまでの生育歴の確認等をしている間に、対象児の状態によっては、医師の指示により、対象児に対して「心理士等によるアセスメント」を行う場合もあります。最後に、医師が、アセスメント結果等の情報（※「心理士等によるアセスメント」を実施した場合は、その結果等を含む）を整理し、診断や今後の診療の方針を伝えます。診察後、必要に応じて、「ケースワーカーによる面談」が実施されることもあります。

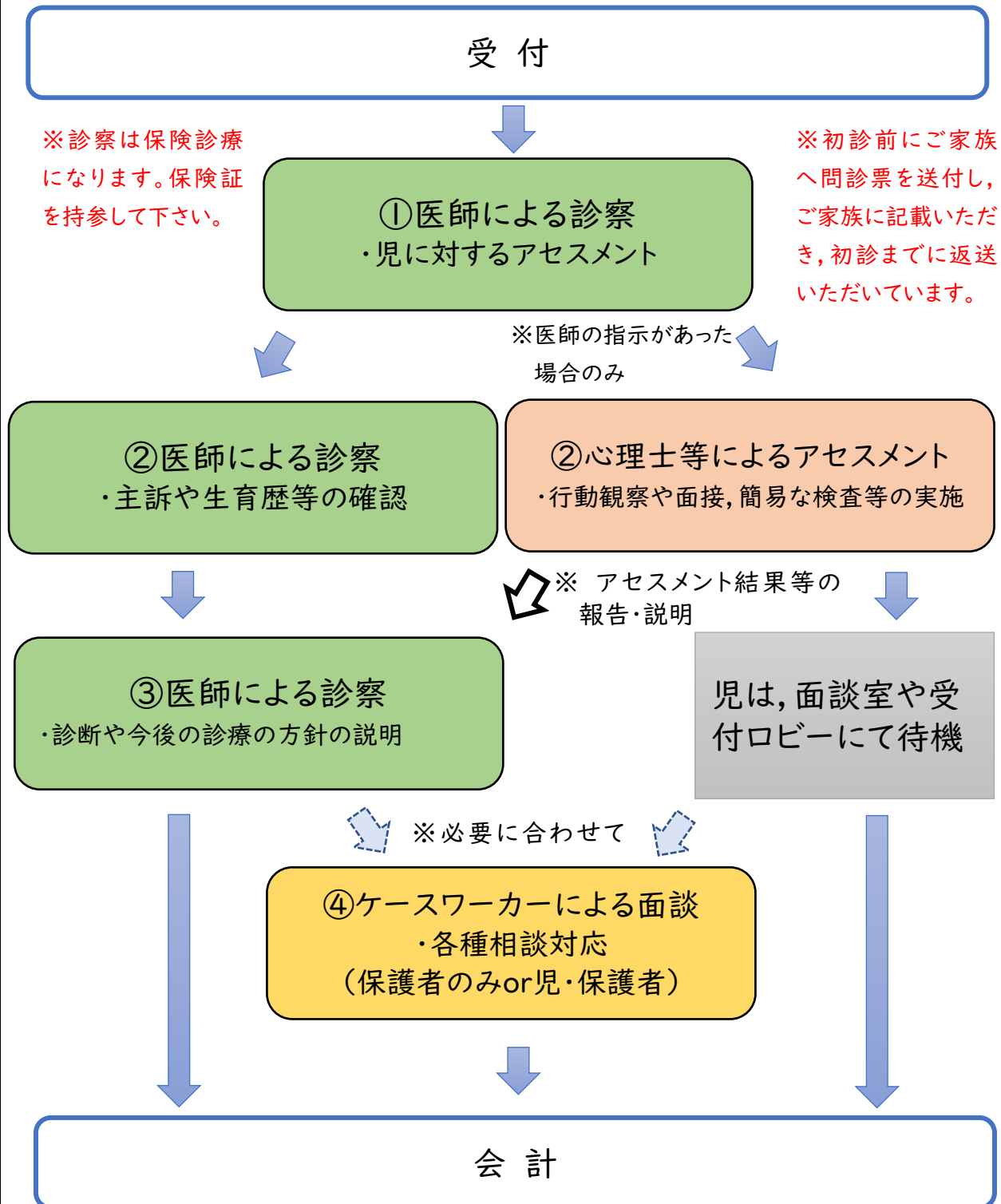
※ 初診時の「心理士等によるアセスメント」では、「読字検査」「書字検査」「注意持続検査」「行動観察」等が対象児の状態に合わせて実施されます。なお、WISC等の知能検査については、初診で確認された対象児の状態に合わせて、医師が検査の実施の必要性を認めると実施されるものであり、初診日に実施されることはありません。

### (2) 初診のときは、時間はどれくらいかかりますか？

初診の所要時間は、概ね90分程度になります。

## 初診の診療の大まかな流れ

※以下が、初診の際の一般的な流れの一例になります。対象児の状態によっては、流れや対応が異なることもあります。



### (3) 初診後は、どのような対応になりますか？

初診後は、初診で確認された対象児の状態に合わせて、「心理士や言語聴覚士及び作業療法士、理学療法士等によるアセスメント」の予定を入れます。検査等、アセスメント実施当日、対応した専門職種から結果説明や助言があります。その後日（状況によっては同日の場合もある）、再診にてアセスメントを踏まえて医師の診察や説明等を実施し、初診からの一連の診療を終了します。

なお、各専門職による検査については、対象児の状態に合わせて必要に応じて実施されるため、対象児の状態によっては、各種専門職による検査等の実施はなく、初診のみで終了する場合があります。

### (4) 初診後、保護者や紹介元等には、どのように結果が伝えられますか？

初診については、診察を踏まえて診断や発達特性についてお伝えします。お伝えした内容等「医師説明書」に記載して保護者にお渡しします。なお、「医師説明書」は初診の日に作成しお渡しする場合もあれば、専門職の検査やアセスメントと再診を踏まえて初診から一連の流れが終了した後、作成する場合があります。

初診の日にお渡しした場合は、紹介元への受診の報告と一緒に「医師説明書」も送付します。後日作成した場合は保護者へお渡ししていますので、保護者に相談し資料を提供してもらってください。

また、診療にかかわる専門職が検査等を実施した場合は、「検査結果等説明書」や「リハビリテーション実施計画書」にアセスメントの結果をまとめ、保護者にお渡ししています。園や学校の担当者等は、保護者に相談し、資料の提供をしてもらってください。なお、検査等は全ケースではなく、適宜、必要なケースに対して医師の指示により実施しています。

### (5) 初診後も受診や相談はできますか？

初診後は、対象児の状態に応じて、諸検査が実施され、最終的に医師からの説明があり、終了になります。

その後は、基本的には、「経過観察（※投薬受診も含む）」または「相談時扱い」となります。「経過観察（※投薬受診も含む）」は、医師の指示した時期に継続的な受診となります。「相談時扱い」は、対象児に相談事や困り事が出てきた際に再診予約をし、受診することができます。

また、受診に至らなくても、対象児の相談事や困り事に対する保護者の相談については、地域支援課で随時、受け付けています。保護者の承諾をいただいた上で、学校の先生方からの相談にも対応しております。

## 5 再診について

(1)再診を検討する際に気をつけることは、どのようなことがありますか？

対象児に相談事や困り事が出てきた際には、まずは、園や学校、保護者等に相談し、関係機関と連携した対応をご検討ください。

園や学校等の関係機関と連携した対応でも、困りが改善しない場合に、当センターの受診の必要性についてご相談ください。まずは、地区担当ケースワーカーが電話相談や来所相談等で対応いたします。相談を進める中で、医療的な対応等の必要性がでてきた際には、主治医の意見も踏まえ、再診で対応させていただきます。

### ● 再診を勧める相談内容

- 主治医から、状況確認のための再診指示がでているため受診したい。

### ▲ 再診の必要性を検討する相談内容

- △ 新たな困り事や特性による問題行動等が出てきた。
- △ 服薬の検討をしたい。
- △ 福祉サービス等の利用にあたり、診断書等の作成を依頼したい。
- △ 児の状態を改めて診てほしい。

### ■ 再診では対応できない相談内容

- 発達検査や知能検査を実施してほしい。
- ※ 検査実施目的のみの受診には対応していません。

(2)再診予約方法を教えてください。

再診予約は、保護者からの電話連絡で受け付けております。

1 受診を希望される月の3か月前から電話で再診予約ができます。  
2 予約は、月初めの最初の平日8:30から受付けます。

(例)

希望している受診月 R7年7月  
電話での予約開始日 R7年4月1日(火) 8:30～  
(1日が閉庁日の場合は、次の開庁日からになります)  
※7月後半に受診を希望する場合でも予約開始日は4月1日です。

**予約専用番号 099-265-2400**

受付時間：月～金 8:30～17:00 (祝日を除く)

## 6 その他

### (1) 知能検査実施希望のみの受診はできますか？

当センターでは、医師が診療の中で、児のアセスメントとして必要性があると判断した場合のみ、医師の指示により、知能検査等を実施いたします。**検査実施希望のみの受診は受け付けておりません。**なお、当センターにおいて、医師の判断で知能検査等を実施することになっても、初診や再診の日から3～4か月以上後の月の実施となります。

※ 当センターとしては、就学先判断を主目的とした知能検査等は、お受けしておりません。各市町村教育委員会に御相談ください。

### (2) 服薬が検討されるのはどんなときですか？

対象児の癇癪が激しく頻度が多かったり、不注意、多動性、衝動性が過度に強かったりする等の際は、まずは本人の発達特性と環境の不一致の可能性を考え、本人の困りがどこで生じているのかを見つけて対応し、環境調整をすることが大切になります。その上で本人の発達特性からくる過ごしづらさや、やりづらさを軽減するのに役立ちそうであれば投薬を検討する場合があります。

服薬はあくまで、本人が過ごしやすくなり、教育や支援を受けやすくなるための補助手段になります。服薬を開始した場合も引き続き、環境調整や本人に合った関わり方を考え、本人に寄り添いながらの教育や支援を実施し、本人が適切な行動を学びやすい配慮をすることが大切です。

※ 服薬の検討に限らず、園や学校でどんな状況で困りが生じやすいのか、どのような対応や環境調整をすると過ごしやすいのか、また力を発揮できそうなのか等を保護者と、可能なら本人も一緒に共有していただけるとより良い支援につながります。上手いいかない事ばかりでなく、強みも同時に伝えていただくようお願いします。