

施設支援相談申込票

(児童発達支援・放課後等デイ・生活介護事業所用)

※相談票は、FAXまたはメールで送信してください。

記入日 (令和 年 月 日)

施設名		担当者名	
		連絡先電話番号	
年齢	歳()		

《対象者について ※個人名は記載不要です》

○診断、あるいは症状について、どのように把握されていますか。

① 医療の受診歴はありますか。 ある ない

② ①で「ある」の場合、診断や特性について、貴事業所はどのように把握されていますか。

③ 現在、受診中ですか。 はい いいえ

④ 「はい」の場合、当園を受診されていますか。

はい いいえ

《困り感について》

○今回、ご相談されたいことについて、できるだけ具体的に教えてください。

例) : ポジショニングの確認をしたい/生活の中でできるリハビリを知りたい/行動の切り替えについて相談したい/
勉強会の講師をお願いしたい 等

○上記について、これまで貴施設で行われてきた対応について教えてください。

(担当)中部療育園 地域支援担当
〒682-0021 倉吉市上井503-1

電話:0858(27)0780

FAX : 0858(27)0781

E-mail:chubu-ryouikuen@pref.tottori.lg.jp

