

訪問支援受付票

作成日： 年 月 日 作成者：

保護者記入欄	ふりがな			性別	男・女	生年月日			年齢	歳 月
	氏名			所属	保育所（園） 小学校 特別支援学校 幼稚園 中学校	学年			年齢	歳 月
	連絡先電話番号	①	-	-			自宅・携帯 母・父・その他()			
		②	-	-			自宅・携帯 母・父・その他()			
	指定相談支援事業所	なし・あり	事業所名							
現在ご利用中の障害児通所支援	なし・あり	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援 ・放課後等デイサービス 		事業所名			① ② ③ 利用者負担上限管理事業所には ○印をつけてください			
相談について	①相談したい項目を選んでください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 保育所や幼稚園での生活習慣や遊び方について ・ 言語発達、コミュニケーション、摂食について ・ 着替、食事、書字、トイレ等についての姿勢や手の操作について ・ 姿勢の保持や椅子、机が合っているかどうかについて ・ 運動発達、施設内での移動動作、座位保持など補装具の使い方について ②具体的な内容をご記入ください。									
施設担当者記入欄	運動	※運動面で配慮が必要なことがございましたらご記入ください。 施設で使用している補装具 無・有 (足の装具・体の装具・車椅子・座位保持装置・立位保持装置)								
	手の操作	※手の操作で配慮が必要なことがございましたらご記入ください。								
	コミュニケーション	※配慮が必要なことがございましたらご記入ください。								
	相談内容	※施設生活で支援が必要な相談内容を具体的にご記入ください。 (担当職員名：) 連絡先電話番号：								

宝塚市立子ども発達支援センター

訪問支援員職種 保育士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

受付 年 月 日

訪問支援員 _____

担当者名 _____