

こども発達支援ぴったんこ 事前相談 兼 申込シート ※グレーの部分は事業所で記入します					
相談日	年 月 日		相談希望・申込希望・見学希望		担当者：
フリガナ			利用希望内容 ※ 該当するものに○をつけて下さい		
氏名 (利用児童)			児童発達支援 (個別療育・集団療育・預かり支援) 放課後等デイサービス (個別療育・集団療育)		
受給者証	有・無		年齢	歳 ヶ月 ( 年生) (生年月日: 年 月 日)	
身体障害者手帳	有(種 級)・無				
療育手帳	有(A・B)・無				
住所	〒 ー		TEL(自宅) ( ) TEL(携帯) ( )		
診断名					
主治医			医療機関名		
相談者(保護者)氏名			児童との関係		
相談者 (保護者) 住所	〒 ー		TEL(自宅) TEL(携帯)		
家族構成	続柄	氏名	年齢	同居・別居	特記事項
				同居・別居	
相談内容					
(希望利用日時： 曜日 時)					
医療(福祉)に関する情報(相談歴等)					
受診・相談歴	医療(福祉)機関名		相談内容		担当者
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
現在利用中の医療・福祉サービス					

※その他、発達検査等の情報がありましたらご持参ください。

※2ページ目へのご記入よろしくお願ひします。

来所時必要物品
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 事前相談兼申込シート</li> <li>● 各種証明書(受給者証・身体障害者手帳・療育手帳)</li> <li>● 母子手帳、お薬手帳</li> <li>● 発達検査等の結果表</li> <li>● 障害児支援利用計画</li> </ul>

株式会社 リハックス  
こども発達支援 ぴったんこ

TEL 0744-48-3140  
FAX 0744-48-3141  
E-mail [pittanko.main@gmail.com](mailto:pittanko.main@gmail.com)



