

※ _____ 園より

園児名 _____ (西暦 _____ 年 月 日生) 保護者名 _____

上記園児についてこども発達医療センターと情報共有をさせていただき、より良い保育環境のために活用することを保護者より同意いただいています。

西暦 _____ 年 月 日 園長名 _____

●園での最近の様子

☆好きなこと (もの) や得意なこと☆

★嫌いなこと (もの) や苦手なこと★

☆☆園で心配していること☆☆

記入者 職名 _____ 氏名 _____

***今後の方針 こども発達医療センターより**

☐ 継続受診 (次回受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

☐ 療育を開始する (または継続する)

医療センター内：言語療法・作業療法・心理面接・グループ

医療センター外：病院名 () 療育の種類 ()

医療センター外：事業所名 () 療育の種類 ()

☐ 他医療機関に紹介：病院名 ()

☐ 別紙有

☐ 特記事項有

※詳細は保護者よりご確認ください。

受診日 (記載日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医師名 _____