

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）

※紹介元で作成（入力またはペン書き）

番号 (未記入欄)			紹介元 連絡先	担当者	職名	児童発達支援管理責任者
				氏名	山田 一郎	
	市町村名	鹿児島市 / 町 / 村		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番地〇-〇	
紹介 機関	事業所等名	児童発達支援事業所 〇〇〇〇〇		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	種別	4				

※種別は次から選び番号を記入（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 児童氏名	カゴシマ サクラ	性別	生年月日	(元号) 令和〇年〇月〇日	
	鹿児島 桜	女		〇歳 〇か月	
保育所又は幼稚園	認定こども園 〇〇〇幼稚園				
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		保護者氏名	父	鹿児島 太郎
	〇〇市〇〇町〇番地〇-〇 〇〇マンション 〇〇号室			母	鹿児島 花子
				その他	
保護者連絡先	固定電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	(父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ☐	(母) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ☒

※聞き取りを受ける方に☑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	☒ 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	☒ 保護者は、診断を聞くことを了解している。 ※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☑） ☐ 保護者からの相談 ☒ 紹介機関側から保護者に勧めた ☐ 紹介機関以外の支援機関等から勧められた（機関名： ）
4	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 ☐ 多動・衝動性 ☐ 育てにくい ☒ かんしゃく ☐ 自傷 ☐ 他害 ☐ 睡眠の問題 ☐ その他（ ）
5	対象児の様子及び相談したいこと 【箇条書き】 ・言葉が遅い ・気持ちを言葉で伝えることが苦手 ・お友達と一緒に活動することが苦手 ・順番を待つことができない ・音や肌に触れるものに敏感 ・思い通りにいかないとかんしゃくを起こす ・手先を使う動作が不器用 ・声のコントロールが苦手 ・玩具などを並べる遊びに没頭する
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、医療機関等の受診歴等） 1歳半健診で落ち着きがなく動き回る様子がみられ、親子教室の利用を勧められた。その後、半年間親子教室に通い、事業所の利用につながった。事業所の利用により少しずつ成長がみられるものの、対応方法についての課題が多い。地域の病院を受診しリハビリを行っているが、明確な診断はついていない。保護者が主治医に相談したところ、こども総合療育センターの受診を勧められた。事業所内でも検討し、支援のために受診が必要と判断した。保護者も受診に同意し、診断及び対応方法についての助言を希望している。
7	☒ 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。

8	既往歴（これまでの大きな病気等の有無） 生後8か月の時、熱性けいれん 1 回（△△病院受診） 他は特になし。		
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） 父・母・兄（10）・対象児の4人家族 兄（名前）は平成〇〇年〇〇月頃こども総合療育センター受診あり。		
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】 落ち着きなく，視線が合わないため親子教室を勧められた。
	3 歳児健診	有 ・ ☒ 無	【内容】 療育につながっていたため指摘なし。
	その他の健診 (5歳児健診，親子教室等)	☒ 有 ・ 無	【内容】 親子教室に1歳8ヶ月～半年通っていた。
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： _____ 令和〇年〇月～ 利用開始 〇回／週 ☒ 小集団 ・ 個別（ ） ☒ 母子分離 ・ 親子療育		【様子】 <利用開始当初> 療育開始時は不安が大きく母から離れることに時間を要した。視線が合いづらく，対象児からの発信は少なかった。 <現在> 視線は合うようになってきた。お友達と遊びたい様子もあるが，関わりが一方的になりがち。 気持ちが伝わらずかんしゃくを起こすことがある。 ----- 【支援や配慮等】 大人が対象児の気持ちを代弁することで活動に参加できることがある。
	事業所名： _____ 年 月～ 利用開始 回／週 小集団 ・ 個別（ ） 母子分離 ・ 親子療育		【様子】 ----- 【支援や配慮等】
	事業所名： _____ 年 月～ 利用開始 回／週 小集団 ・ 個別（ ） 母子分離 ・ 親子療育		【様子】 ----- 【支援や配慮等】
	★相談支援事業所：〇〇〇〇相談支援事業所 相談支援専門員：桜島 一郎		

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： 認定こども園 ○○○ 保育所・幼稚園・こども園 令和○年○月～ 入園 ○回／週 ※園内委員会等での対象児への支援の検討 (有 ・ 無)		【様子】 <入園当初> 一人遊びが多く、集団参加は難しかった。 <現在> 一斉指示は通りにくく、個別の声かけが必要。 気持ちが伝わらない時や順番が待てない時にお友達に手が出てしまうことがある。 【支援や配慮等】 指示を出す前に名前を呼びまず一つずつ伝えることで参加できている。 一日の始まりに今日の活動を絵カードで示し、見通しを伝えていることと、大人が介入することでお友達とも遊べている。	
保育所等訪問支援の利用 (有 ・ 無)		助言内容	かんしゃくへの対応として、クールダウンできる空間を準備し、十分な時間を確保して思いを聞く。また、一斉指示の理解が難しいため、絵カードの活用などによる構造化や、次の活動内容の個別説明を行う。
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	
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
○○病院		発達障害疑い	言葉の遅れ、発音不明瞭で週 1 回 ST リハ 低緊張と手先の不器用さあり週 1 回 OT リハ ※別添情報提供書あり
14	☒ 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は、原則医療機関からの診療情報提供書が必要です。		
15	実施した検査 ※実施している場合はご記入ください。		
☐ 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 ()		
☐ 遠城寺式 乳幼児分析的発達検査	【 年 月 日実施】 実施機関 () ☐ 検査用紙添付 移動運動 (: ~ :) 手の運動 (: ~ :) 基本的習慣 (: ~ :) 対人関係 (: ~ :) 発語 (: ~ :) 言語理解 (: ~ :)		
☒ 新版K式発達検査	【令和○年○月○日実施】 実施機関 (○○○保健センター) 姿勢・運動 (DA : △△ DQ : ▲▲) 認知・適応 (DA : □□ DQ : ■■) 言語・社会 (DA : ○○ DQ : ●●) 全領域 (DA : ☆☆ DQ : ★★)		
☐ その他 ()	【 年 月 日実施】 実施機関 ()		
☐ 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
A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2		() 種 () 級	() 級
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） 保健センター保健師と必要時情報共有 幼稚園、児童発達支援事業所、相談支援事業所、保護者で定期的に担当者会議を開催 両親とも育児は熱心です。		

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☑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 ）
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（相談支援事業所，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

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 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>