

②定期訪問支援（機関コンサルテーション）利用申込書

記入年月日： 年 月 日

所属機関名			
住所			
電話番号		F A X 番号	
所属長名			
担当（担任）名			
①対象者名			
生年月日	年	月	日（ 歳）
診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 無		
②対象者名			
生年月日	年	月	日（ 歳）
診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 無		
③対象者名			
生年月日	年	月	日（ 歳）
診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 無		
相談の内容	<input type="checkbox"/> 行動観察・助言 <input type="checkbox"/> 個別支援計画へのアドバイス <input type="checkbox"/> ケース会議 <input type="checkbox"/> 保護者面談の同席 <input type="checkbox"/> 移行支援会議 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

訪問支援希望日	①	年	月	日 (:	~	:)
	②	年	月	日 (:	~	:)
	③	年	月	日 (:	~	:)
	④	年	月	日 (:	~	:)
	⑤	年	月	日 (:	~	:)
訪問支援実施日 ※支援センター記入欄	①	年	月	日 (:	~	:)
	②	年	月	日 (:	~	:)
	③	年	月	日 (:	~	:)
	④	年	月	日 (:	~	:)
	⑤	年	月	日 (:	~	:)
後日支援センターから電話でご連絡をさせていただきます。ご連絡する場合は () 先生・様								

ご記入後、郵送にて支援センターまでご返送下さい。

青森県発達障害者支援センター

〒030-0822

青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ3階

TEL 017-777-8201