

事前相談 兼 申込シート

相談日	年 月 日	内容： 児童発達 ・ 放課後デイ	担当者：		
ふりがな		相談希望 ・ 申込希望 ・ 見学希望 ・ 体験希望 (次回来所希望日： 月 日)			
氏名 (利用児童)					
受給者証 身体障害者手帳 療育手帳	有 ・ 無 有(種 級) ・ 無 有(A ・ B) ・ 無	年 齢	歳 ヶ月 (年生) (生年月日： 年 月 日)		
住 所	〒 - TEL(自宅) () TEL(携帯) () FAX ()				
診 断 名	<input type="checkbox"/> 診断はされていない				
相談者氏名		児童との関係			
相談者住所	〒 - TEL(自宅) () TEL(携帯) () FAX ()				
家 族	続 柄	氏 名	年 齢	同居・別居	特記事項
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
				同居・別居	
相談内容			家族構成		
(希望利用日： 曜日 時)					
医療(福祉)に関する情報(相談歴等)					
年 月 日	機 関 名	相談の概要		担当者	
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
平成 年 月 日					
現在受けているサービス					

事業所記載欄

--

株式会社 メディケア・リハビリ
PARC(パルク)

TEL 0798 (31) 1220
FAX 0798 (31) 1221
E-mail parc@medi-care.co.jp



- ・指定児童発達支援事業
- ・指定放課後等デイサービス
- ・指定保育所等訪問支援