

事前情報記入シート(事業所)

記入年月日： 年 月 日

以下の項目は、訪問時の参考にさせていただくものです。お手数ですが、施設の状況や対象者についてご記入いただき、訪問予定日の1週間前までに下記の住所に郵送をしていただきますようお願いいたします。

<あて先>

〒547-0026

大阪市平野区喜連西6-2-55 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター2階
大阪市発達障がい者支援センター エルムおおさか

事業所名:		代表者名	
事業所開設日: 年 月 日 / 在籍者数: 人 / 職員数 人		記入者名	
ケース番号() ※個別ケースが複数の場合、通し番号をご記入下さい			
生年月日: 年 月 日 歳		〈発達障がいの診断〉 有・無	
性別: 男・女		〈療育手帳〉 有・無 〈身体障がい者手帳〉 有・無	
来所曜日 時間		月・火・水・木・金・土 時 分 ~ 時 分	
※この欄には記入しないでください			
保護者(本人)了解の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※個別ケースの相談には 保護者(本人)の同意 が必要です			
対象者の日頃の様子 (興味関心のある活動/気になる行動/対象者が困っていると思われる行動/その他)			
相談内容 (ご記入者の具体的な要望や希望などについてできるだけ詳しくご記入ください)			
保護者・家族の意向をご記入ください			