

資料 4

発達障がいの診断等に
係る情報提供等について

令和3年9月17日

各医療機関 様

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター
発達障がい者支援担当課長

発達障がいの診断等に係る情報提供等について（依頼）

日頃より、本市発達障がい児者支援施策の推進にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申しあげます。

令和2年12月に発達障がいの早期発見、早期療育につなげるための体制整備について検討することを目的に実施いたしました診断状況等のアンケート調査にご協力いただき、ありがとうございました。

さて、ご回答いただきましたアンケートの中で、市民への情報提供にご了承をいただきました医療機関様に対し、再度、医療機関情報の公表内容等についてご意向をご確認させていただきたいと考えております。

なお、今回取りまとめました医療機関情報等につきましては、ご回答いただきました先生方に情報共有をいたします。

ご多用中誠に恐縮ですが、次のとおり回答にご協力を賜りますようお願い申しあげます。

記

- 1 回答書類 発達障がいの診断等に係る情報提供等について（別紙）
- 2 回答方法 別紙をご記入のうえ、同封の返送用封筒にてご返送くださいますようお願いいたします
- 3 回答期限 令和3年11月1日（月）

<お問い合わせ・連絡先>

〒547-0026 大阪市平野区喜連西6-2-55

大阪市立心身障害者リハビリテーションセンター

発達障がい者支援室 担当：森本・小野

電話：06-6797-6560 ファックス：06-6797-8222

メールアドレス：tok-ono@city.osaka.lg.jp

発達障がいの診断等に係る情報提供について

年 月 日

医療機関名	
[診療科]	
代表者 職・氏名	

【1】 発達障がいの診断等に係る医療機関情報の市民への情報提供について(大阪市ホームページでの情報提供)

- 同意する 同意しない

【2】 発達障がいの診断等に係る医療機関情報の各区への情報提供について(各区担当者手持ち資料等)

※市民への情報提供に同意しないが各区への情報提供には同意の場合、医療機関情報コピー禁止として各区に情報提供します

- 同意する 同意しない

【3】 大阪市からの発達障がいに関する各種講座等(エルムおおさか公開講座等など)のお知らせについて(メールでのお知らせになります)

- 希望する 希望しない

➤「希望する」の場合、下記にご連絡先のメールアドレスをご記入のうえ、【4】にご回答ください。

メールアドレス	
---------	--

【4】 先生方の情報共有の促進になりますよう、大阪市よりお知らせをメールでお送りする際、宛先(メールアドレス)を開示させていただければと考えております。ご希望の有無についてお聞かせください。

- 開示を希望する
 希望しない(BCCでの送信)

【5】 設問「【1】市民への情報提供」、「【2】各区への情報提供」に同意するとお答えいただいた場合は、令和3年9月1日時点での情報を下記の表に記載、及び公表可能な項目にチェックをお願いします。

◎公表可能な項目について、右のチェック欄に☑を入れてください。

		↓	↓
		市民	区
医療機関名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[診療科目]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
所在地	〒 ー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電話番号		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAX番号		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホームページ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <hr style="border: 0.5px dotted black;"/> 大阪市ホームページとのリンクについて <input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

外来診療日・診療時間	外来診療日							外来診療時間	休診日	市民	区	
	月	火	水	木	金	土	日					
								: 00 ~ : 00		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								: 00 ~ : 00		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								: 00 ~ : 00		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								: 00 ~ : 00		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								: 00 ~ : 00		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
対象年齢 (ご対応いただけるところに「○」をご記入ください)	幼児		小学生～中学生			高校生		18歳以上		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
診察予約	<input type="checkbox"/> 要							<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
紹介状	<input type="checkbox"/> 要							<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
診察予約方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 地域医療連携室への連絡 <input type="checkbox"/> インターネット予約 <input type="checkbox"/> その他 ()										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
備考	例)発達検査は月曜日(午前10時～12時)に実施										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【6】 発達障がいの診断等をされるにあたり、ご意見等をご記入ください。(自由記述)

調査票に関するお問合せ先

〒547-0026
 大阪市平野区喜連西6丁目2番55号
 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター 発達障がい者支援室 (担当:森本・小野)
 電話:06-6797-6560 ファックス:06-6797-8222 メールアドレス:fa0034@city.osaka.lg.jp