

発達障がいの診断等にかかる情報提供について（新規申込書）

令和 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情報提供について**

- ① 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 関係機関（各区役所等の行政機関・エルムおおさか）への情報提供について

同意する       同意しない

**【2】大阪市からの発達障がいに関する各種福祉施策情報（発達障がい児専門療育機関の申込案内や  
大阪市発達障がい者支援センター「エルムおおさか」の各種講講座等）のお知らせについて**

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ください。

（BCCメールでのお知らせになります）

メールアドレス	
---------	--

**【3】設問【1】で市民もしくは関係機関への情報提供に「同意する」とお答えいただいた場合は、  
申込時点での情報を下表に記載をお願いします。**

**◎公表を希望しない項目がございましたら、右のチェック欄に□を入れてください。**

		市民	関係 機関
医療機関名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[診療科目]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
所在地	〒 一 大阪市	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電話番号		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAX番号 (市民への公表なし)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホームページ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>(ホームページありの場合) 大阪市ホームページとのリンクについて</small> <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	休診日等	市民	関係機関	
	月	火	水	木	金	土	日					
							:	～	:			
							:	～	:			
							:	～	:			
							:	～	:			
							:	～	:			
診察予約	<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"/> インターネット <input type="checkbox"/> 地域医療連携室への連絡 <input type="checkbox"/> その他 [ ]									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
対象年齢 <small>(対応可:○ 対応不可:ー を選択ください)</small>	幼児		小、中学生		高校生		18歳以上				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
紹介状	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
初診までの期間										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
対応可能な 言語	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 翻訳アプリ等で対応 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> その他 [ ]									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考	例) 発達検査は●曜日のみです。									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

【4】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）  
なお、市民や関係機関への公表可能な内容については、上記【3】備考欄へご記載ください。

<提出先>  
大阪市 福祉局心身障がい者リハビリテーションセンター相談課 発達障がい者支援室  
メールアドレス:hattatu@city.osaka.lg.jp(医療機関連絡用)