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】 発達障がいの診察について

ご対応されている診療内容について、あてはまるものに☑をしてください

☐ 自閉スペクトラム症（ＡＳＤ）　☐ 注意欠如・多動症（ＡＤＨＤ）

☐ 限局性学習症・学習障がい（ＬＤ）　☐ その他（　　）

【２】 医療機関情報の提供（市民向け・関係機関向け）について

下表に記載や、該当項目への☑をお願いいたします。

・市民への情報提供：大阪市ホームページへの掲載

・関係機関への情報提供：各区役所等の行政機関・エルムおおさか・医療機関等への情報提供を行います。

※公表を希望しない項目がありましたら、右の不可欄に☑を入れてください。

		市民不可	関係機関不可
医療機関名		☐	☐
［診療科目］			
所在地	〒　　－ 大阪市	☐	☐
電話番号		☐	☐
FAX番号 （市民への公表なし）		／	☐
外来診療日・診療時間	外来診療日：月 火 水 木 金 土 日 外来診療時間：　：　～　： 休診日	☐	☐
診察予約	☐ 要　☐ 不要	☐	☐
予約方法	☐ 電話　☐ インターネット　☐ その他（　　）	☐	☐
対象年齢 （ご対応いただけるところに☑をしてください）	幼児 ☐　小学生 ☐　中学生 ☐　高校生 ☐　１８歳以上 ☐	☐	☐
紹介状	☐ 要　☐ 不要	☐	☐
初診までの期間		☐	☐
外国語対応	☐ なし　☐ 翻訳アプリ等で対応　☐ その他の言語（　　） ☐ 英語　☐ 中国語　☐ 韓国語　☐ タガログ語　☐ ベトナム語	☐	☐

		市民不可	関係機関不可
備考	例）発達検査は●曜日です、小学生の受診は小学3年生以上　など	□	□
ホームページ	□　あり　　□　なし	□	□
	（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　　□　可　　□　不可		

【３】　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【２】備考欄へご記載ください。

【４】　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 ➡ 【５】へ

⬇

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となります）。

メールアドレス	

【５】　上記【２】の医療機関情報については、掲載内容確認を行っています（年1回）。
下記に照会用アドレスをご記入ください。
※上記【４】に記載のアドレスと同じ場合は、記入不要です。

照会用 メールアドレス	

＜申込書提出先＞

大阪市立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**）
FAX：06-6797-8222