

北九州市立総合療育センター
新患外来 担当者 宛

紹介状

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____

施設長名： _____

担当者名（所属・職種）： _____（ _____ ・ _____ ）

子どもの氏名（ふりがな）・生年月日： _____ ・ _____ 年 _____ 月 _____ 日生

紹介目的・主旨： _____

経過： _____

現在の様子： _____

現在行われている配慮や支援： _____

保護者様と話されている内容： _____

* 上記以外に発達評価等の情報あれば、御記載ください