

精神発達面・行動面を相談したい保護者の方へ

所属の園/学校/児童発達支援施設/放課後等デイサービス等にご依頼ください

北九州市立総合療育センター

新患外来 担当者 宛

情報提供書

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

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____

施設長名： _____

担当者名（所属・職種）： _____ （ _____ ・ _____ ）

紹介目的・主旨(紹介いただく場合のみ)： _____

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： _____

知能検査：（結果添付をお願いします） _____

IQ/DQ（ _____ ） 方法（ _____ ） _____ 年 _____ 月 _____ 日