（様式第１号）

「大阪府発達障がいの診断等に係る医療機関ネットワーク」登録医療機関申出書

　　年　　月　　日

大阪府知事　様

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　職・氏名

この度、「大阪府発達障がいの診断等に係る医療機関ネットワーク」へ登録したいので、下記のとおり申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名〔診療科〕 | 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 研修修了者の氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 外来診療日・診療時間 | 外来診療日 | 外来診療時間 | 休診日 |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  | ：　　　～　　： |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 　　：　　　～　　： |
|  |  |  |  |  |  |  | 　　：　　　～　　： |
|  |  |  |  |  |  |  | ：　　　～　　： |  |
|  |  |  |  |  |  |  | ：　　　～　　： |  |
| 診察内容（ご対応いただけるものに○印をご記入ください。） | ASD | ADHD | LD | トゥレット症候群などのチック障がい | その他特に専門とする病名等（吃音、知的障がい、てんかん、ディスレクシア　等） |
|  |  |  |  |  |
| 対象年齢（対応しているものに○印をご記入ください。） | 幼児 | 小学生 | 中学生 | 高校生 | 18歳以上 |
|  |  |  |  |  |
| 診療内容（ご対応いただけるものに○印をご記入ください。） | 診断 | 投薬 | 知能検査心理検査発達検査 | ｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞ | 療育指導(SST等) | 入院 |
|  |  |  |  |  |  |
| 診察予約の要・不要 | 要　　・　　不要 |
| 診察予約方法 |  |
| 関係機関（市町村・子ども家庭センター等）への情報共有 | （　　　）本申出書記載の情報について共有ができる。（　　　）本申出書記載の情報について共有ができない。 |
| 府民への情報提供（府ホームページへの掲載） | 　（　　　）本申出書記載の情報について情報提供ができる。（　　　）本申出書記載の情報について情報提供ができない。  |
| 備　　考 |  |

※　研修の修了証の写しなど府または拠点医療機関が実施した発達障がいの診断に関して専門的な研修を受講したことが分かるものを添付してください。