（様式第３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」拠点医療機関申出書

　　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」拠点医療機関として指定を受けたいので、下記のとおり申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名〔診療科〕 | 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 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（ご対応いただけるものに○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。  |
| 小児科専門医・小児神経科専門医・精神科専門医のいずれかの研修施設の認定の有無（認定されているものに〇印を付けてください。） | （　　　）小児科専門医（　　　）小児神経科専門医（　　　）精神科専門医※それぞれの学会が認定していることが分かる書面の写しを添付してください。 |
| 大阪府医療計画における都道府県連携拠点又は地域連携拠点の位置付けの有無（認定されているものに〇印を付けてください。） | （　　　）都道府県連携拠点（児童・思春期精神疾患（発達障がい含む）又は発達障がい（成人））（　　　）地域連携拠点（児童・思春期精神疾患（発達障がい含む）又は発達障がい（成人）） |
| 備　　考 |  |