ｐ

　 **こども未来センター診療所**

**診察申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 記入者 | 母・父・その他（　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな名前 | 　　　　　　　　　　　( 男 ・ 女 ) | 生年月日 | 西暦　　　 年　 　 月　　 日　　　　　　（　　　　 歳　　　　 ヶ月） |
| 所属 | 　　　　　　　　　　保育所・認定こども園・幼稚園（ 歳児クラス、 年少、 年中、 年長 ）学校（　　年　　 組・特別支援学級 ） 担任：　　　　　　　　  |

**1．本人について**

**２．今回相談したいことについて**

|  |  |
| --- | --- |
| 相談内容 | ※現在の困りごと、診療所で聞きたいこと等 |

**３．個人情報の取り扱いおよび関係機関との連携について**

個人情報については「個人情報の保護に関する法律」に基づき

適正に管理したうえで、必要に応じてこども未来センター内および関係機関と情報共有いたします。

ご理解のうえ、ご協力をお願いします。

以下について確認・同意のうえ、ご署名をお願いします。

・こども未来センター内では、お子様の支援のために、個人情報の利用目的の範囲内において

情報を共有します。

・情報共有が必要な場合に、こども未来センターと関係機関（学校園所など）が連絡・連携を

とる場合があります。

・診察後、必要に応じて関係機関への診療所スタッフによる訪問、関係者による支援会議などを実施します。

上記について同意し、こども未来センター診療所での診察を申し込みいたします。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

こども未来センター診療所長　様

本人名

保護者名

※学校園所を通じての申し込みの場合、以下にも署名

学校園所長