

四天王寺悲田院 医療外来利用案内

医療外来では、言葉が遅い、落ち着きが無い、集団行動ができない、同年代の子と遊べない など、運動・言葉の遅れや対人面、日常生活等に課題を抱えておられるお子様に向けて、国家資格を有する専門職による個別療法を実施しています。

医療外来では作業療法と言語療法を提供しています

作業療法 (OT) とは？

感覚統合療法の視点から

落ち着きがない・うまく遊べない・集中力がない・お友達とのトラブル・不器用などの困りごとに対し、感覚・行動面の評価を行い遊びを通してアプローチします。

運動機能へのアプローチ

座る・歩く・手の操作などの運動発達の遅れの見られるお子様に対して、個々の発達段階に合わせた遊びを通じてアプローチを行います。

日常生活動作へのアプローチ

食事・更衣動作などの身辺面の自立に向けて、お子様の発達段階や課題に合わせて指導を行います。

言語療法 (ST) とは？

コミュニケーションへのアプローチ

ことばの理解・表現・対人関係など、お子様の発達段階に応じて豊かなコミュニケーションを育てていきます。

発話・発音へのアプローチ

発音がはっきりしない、吃音、特定の場面でお話しがしにくいなど、発話・発音に対するアプローチを行います。

食べる機能へのアプローチ

唇や舌の動きを促す、食事形態の検討など、安全に楽しく食べられるように摂食機能の発達を促していきます。

ご利用の際には、一人の療士がお子様の担当となり、最長7ヶ月間取り組みを行います。お子様の状況や保護者の方の要望を確認し、それぞれのお子様の課題に合わせた療法内容を提供しています。1回40分間の取り組み時間の中で、お子様への課題提供や練習、保護者の方への説明を行っています。

・利用時間と曜日 : 月～金曜日

| | | | | | |
|---|-------------|---|-------------|---|-------------|
| ① | 9:30~10:10 | ② | 10:15~10:55 | ③ | 11:00~11:40 |
| ④ | 11:45~12:25 | ⑤ | 12:40~13:20 | ⑥ | 13:25~14:05 |
| ⑦ | 14:10~14:50 | | | | |

*上記時間枠の中から7ヶ月間継続的にご利用できる時間枠でのお申込をお願いします。開始後、利用時間帯の変更はできませんのでご注意ください。またご利用できる曜日の少ない方は予約が取りにくくなる事があります。

*待機状況により申し込みできる時間枠は変動します。ホームページに待機情報を定期的に掲載しておりますので、そちらをご確認頂きお申し込み下さいますようお願いいたします。またお申し込み頂いた後の“待機期間中”にも、待機情報を確認して頂き、利用希望される枠の変更など生じましたらご連絡下さい。

・実施期間: 1クール 療法開始日から最長7ヶ月間 (期間延長不可・回数制限なし・お子さまの状況により途中終了有)

*完全予約制 利用毎に次回予約を取らせて頂きます

・対象年齢: 1~8歳 (小学校2年生まで)の方を優先させて頂きます。9~12歳 (小学校3~6年生まで)の方もお申し込み頂けますが、状況により開始の順番をお待ち頂く場合がございます。予めご了承下さい。

*就学後のお申し込みは1クールのみとなっております

・ご利用料金: 利用料金は各種保険、医療証に定められた負担割合によりお支払頂きます。

お支払いは口座からの引き落としとさせて頂いております。

・申し込み方法

前頁“医療外来利用案内”を必ず確認して頂き、希望時間での7か月間の継続的利用が可能かを検討して頂いた上で、お申し込み手続きをお願いします。

①申し込み用紙を取り寄せて下さい

電話から

- ・072-957-7516（代表）にお電話頂き「医療外来新規申込希望」とお伝え下さい
- ・必要事項を確認させて頂き（10分ほどのお時間を頂いております）、新規の方専用の申し込み用紙を郵送させて頂きます

ホームページから

- ・ページ最後尾にあります「医療外来 新規申込用紙」をプリントアウトして下さい

②申し込み用紙に必要事項を記入し提出して下さい

窓口へ直接申込



- ・受付時間 9：30～17：00（日曜祝日除く）
- ・土曜日は不定期開所となっております お電話にてご確認下さい
- ・申込時に窓口にて内容の確認をさせて頂きます
- ・申し込み用紙を提出して頂いた日付で受付となります

郵送申込



- ・下記住所へ郵便引受記録の残る「特定記録」による郵送をお願いします 申し込み用紙が到着した日付で受付となります
- ・〒583-0868 大阪府羽曳野市学園前6丁目1番地1号
四天王寺悲田院児童発達支援センター 医療外来 宛て
“新規申し込み用紙在中”と記入して下さい
- ・書類到着後1週間以内に、内容確認のお電話を差上げます 1週間経過しても確認の電話が無い場合には、申し訳ありませんが担当までお電話下さい
- ・Tel072-957-7516（代表） 受付担当 寺田 今村

③開始まで順番待ちとなります

申し込み時に希望された時間枠毎に順次開始となります。希望された時間枠の状況によりお待ち頂く期間（待機期間）は異なります。予めご了承下さい。申し込み受付後療法開始までは、こちらからご連絡差し上げる事はございません。待機期間中にご不明な点の確認や申し込み時に提出された内容に変更が生じましたらご連絡下さい。

療法開始の順番が来ましたら医療外来よりご連絡差し上げます。



～ よくある質問 ～

Q. 申し込みから開始まではどれくらいの期間待ちますか？

A. 申し込みから最長6ヶ月以内の開始を予定していますが、同一の時間帯を希望される方が多数おられる際には、待機期間が長くなる可能性があります。待機状況は児童発達支援センターホームページ「施設からのお知らせ」に情報を掲載しておりますのでご確認ください。（お電話での待機状況の問い合わせはご遠慮願います）

Q. どの位の頻度で通いますか？

A. 月に2回のご利用を基本としています。

ご利用者の希望される利用曜日が限られている場合は、回数が減少する事があります。

Q. 通う曜日は固定になりますか？

A. 曜日は固定ではありません。開始時決定となった時間枠にて、担当者にご利用者相互の予定を確認し、次回の予約を取る「完全予約制」となっております。

Q. きょうだいを連れて行って良いですか？

A. 療法場面には保護者の方にも同席頂き、療法内容の説明やお子様の様子を確認を行うなど保護者の方に向けての支援も行っております。この為、安全面とご利用児への影響を考慮し、ごきょうだい児の同席はご遠慮頂いております。

Q. 幼稚園、保育園、小学校が終わってから行くことはできますか？

A. 新規ご利用の方の時間枠は 月～金曜日9時30分～14時50分での時間枠に限らせて頂いております。そのため、ご利用されている保育園・幼稚園・小学校を遅刻・早退をして頂いてのご利用となります。

Q. 小学校3年生以上の子は受けることができないのですか？

A. ご利用可能です。当医療外来では、施設状況や年齢による課題内容などを考慮し、1～8歳（小学校2年生）の方への療法提供を優先させて頂いております。9～12歳（小学校3～6年生）の方は、お申し込み時の状況により開始の順番待ちが長くなる場合があります。ご理解頂ければと思います。

Q. 作業療法と言語療法を同時に受けることはできますか？

A. 可能です。ただしお子様の状況や保護者の方の利用状況により同時利用をお勧めしない場合もございます。同時期での利用を検討されている方は一度担当療法士にご相談下さい。

Q. 申し込み時に複数の時間枠を希望することができますか？

A. 可能です。希望された時間枠それぞれでの順番待ちとなりますので、一番早く回ってきた時間枠で開始のご連絡を差し上げる形となります。開始後は希望された時間枠の中の一つの時間枠でのご利用となります。

Q. 車で通う事はできますか？

A. 可能です。隣接しております“四天王寺悲田院保育園”の駐車場をご利用下さい。

医療外来 新規申込用紙

記入日：令和 年 月 日 記入者（続柄）：

| | | | | | |
|-------------------------------------|----|-----------|-------------------------|----|--|
| お子様のお名前（ふりがな） | | 性別 男 女 | 生年月日 平成・令和 年 月 日 生まれ | | |
| 住所 〒 - | | | 自宅電話番号 携帯電話番号 | | |
| 所属先名称（在宅・学校・幼稚園・保育所） 年生（ 歳児） | | | | | |
| 本人以外の同居されているご家族 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 保護者の方は就労の有無 ごきょうだい児さんは所属先 を記入下さい |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

1. 今までのお子様の様子をお知らせ下さい

| | |
|------------|---|
| 妊娠中 | 何か気になる事やお医者さんから指摘された事がありましたか？ 無 ・ 有 : _____ 妊娠中に服用されていた薬 : 無 ・ 有 : _____ |
| 出産時 | 在胎 週 日にて出生 出生時体重 _____ g 産院・病院名 : _____ 分娩状況 : 普通分娩 ・ 吸引分娩 ・ 鉗子分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 : _____ チアノーゼ（無 ・ 有） 仮死（無 ・ 有 _____ 分） 保育器使用（無 ・ 有 _____ 日） 出産後の経過から現在も通院されている病院がありましたらご記入下さい ・ _____ 病院 _____ 科 ・ _____ 病院 _____ 科 新生児黄疸 : 無 ・ 有 「有」の場合 強い黄疸 ・ 交換輸血 ・ 光線療法 ・ 母乳停止期間 _____ 日 |

| | |
|---------------------|---|
| 乳幼児期 | 哺乳状況で気になる事はありましたか？ 無 ・ 有： 首のすわり： _____ か月 はいはい： _____ か月 初歩： _____ か月 初語： _____ か月 |
| 既往歴 | ひきつけ けいれん： 無 ・ 有（初発： _____ 歳 発熱： 無 ・ 有 度） アレルギー： 無 ・ 有 「有」の場合 種類： 薬剤： _____ ・ 食べ物（ミルク ・ たまご ・ 小麦 ・ その他： _____） 通院されている病院と診療科目： 現在服用されている薬： |
| 通院歴 | お子様の発達の事で医療機関に受診された事がありますか？： 無 ・ 有 「有」の場合 _____ 歳の頃 _____ 病院 _____ 科 診断 無 ・ 有 診断名： 現在の利用状況： 終了 ・ 通院中 _____ 年 _____ 回程度通院 現在の服薬状況： 無 ・ 有 薬の名称： 相談された機関での診断や方針などお聞きになられた内容をご記入下さい <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> |
| 取得手帳 | 身体障害者手帳： 無 ・ 有： _____ 級 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付 精神障害者保健福祉手帳： 無 ・ 有： _____ 級 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付 療育手帳： 無 ・ 有： 判定 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付 |
| 他事業 利用状況 | ご利用中の福祉事業（児童発達支援・放課後等デイサービスなど）は有りますか？ 無 ・ 有 「有」の場合 ご利用されている事業所名をお知らせ下さい _____ _____ |

2. 以下の質問にお答えください

① 乳児後期健康診査（9ヶ月前後）もしくはそれまでの時期に、発達に関して気になる事や指摘を受けた事
はありましたか？ はい・いいえ （「はい」と答えた方は具体的内容を記入して下さい）

② 1歳6か月児健康診査において、発達に関して気になる事を相談されましたか？ もしくは指摘を受けた
事がありますか？ はい・いいえ （「はい」と答えた方は具体的内容を記入して下さい）

③ 2歳6か月児歯科健康診査において、発達に関して気になる事を相談されましたか？ もしくは指摘を受
けた事がありますか？ はい・いいえ （「はい」と答えた方は具体的内容を記入して下さい）

④ 3歳6か月児健康診査において、発達に関して気になる事を相談されましたか？ もしくは指摘を受けた
事がありますか？ はい・いいえ （「はい」と答えた方は具体的内容を記入して下さい）

⑤ 育児相談や発達相談など発達に関する相談を受けられたことのある方、市で実施される幼児教室に参加さ
れたことのある方は、相談された内容や参加されていた時のお子さんの様子をご記入下さい

⑥ 医療外来を利用されるに至った経緯をお知らせ下さい

例えば…発達に関して心配になり幼児教室に通っていた時に教室の先生から医療外来を紹介された 等

3. 発達検査結果のご提出について

発達検査を受けられた事のある方は、発達検査結果（コピー等）のご提出をお願いしております。医療外来では、発達検査結果の内容もお子様の状態を把握する上での大切な情報と捉えております。検査を複数回受けられている方は直近の結果をご提出下さい。市町村等にて受けられて、結果を頂いていない方は「市の担当の方」へ連絡頂き、検査結果を当医療外来まで送付頂くようご依頼下さい。お手数をお掛けしますがよろしくお願い致します。

検査機関へ依頼済 ・ 発達検査を受けた事がない

4. ご希望される療法に☑をつけて下さい 作業療法 言語療法

5. 現在、お子様の発達で気にされていること、お子様や保護者の方が困っていること、幼稚園・保育園・小学校で指摘されたこと、医療外来（作業療法・言語療法）で取り組みたい内容などがありましたら、出来るだけ具体的にご記入下さい。

6. 利用に関する情報

・ お車で来院予定の方は、駐車証発行手続きの為下記項目にご記入をお願いします。

メーカー・車種： _____ 色： _____ ナンバー（4ケタ）： _____

例) 日産・デイズルークス / 白 / 12-34

・ ご利用のお子様と付き添われる方が、“7か月間”通う事が可能な時間枠全てに「○」をつけて下さい。

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|---------------|---|---|---|---|---|
| ① 9:30~10:10 | | | | | |
| ② 10:15~10:55 | | | | | |
| ③ 11:00~11:40 | | | | | |
| ④ 11:45~12:25 | | | | | |
| ⑤ 12:40~13:20 | | | | | |
| ⑥ 13:25~14:05 | | | | | |
| ⑦ 14:10~14:50 | | | | | |

※左記表に記入して頂いた「○」のうち、一番早く順番の回ってきた時間枠での開始となります。記入された「○」の時間枠が待機期間中に変更となった場合は、開始時期が早まる場合もありますので、必ず医療外来までお知らせ下さい。時間枠毎の最新待機状況は、四天王寺悲田院児童発達支援センターのホームページに定期的に掲載しておりますのでご参照下さい。

※ごきょうだいの参加はご遠慮頂いております

※就労状況やごきょうだいのお預け先などの理由により、上記表の記入が難しい方は下記にその内容をご記入下さい

ご記入ありがとうございました 今回頂きました個人情報、医療外来以外では使用いたしません