2025 年度　ＳＳＴ申し込み用紙

申込用紙の有効期間：2025 年 5 月末

申込者

子どもの名前	フリガナ （男・女）	生年月日	平成　　年　　月　　日 （　　歳）
家族構成 同居家族	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 兄(　)・姉(　)・妹(　)・弟(　)	アレルギー 有・無	
お住まいの市町村	市・町・村	小学校名	小学校 学年：　　年生 通常学級・支援クラス（情緒・知的）

連絡先

保 護 者の名前		電話番号	

診断 有・無	自閉症スペクトラム・ＡＤＨＤ 学習障害・他(　　)	かかりつけ	沖縄中部療育医療センター その他(　　)

好きなこと		苦手なこと	

本人の理解しやすい方法	実物をみせる ・ 絵カード ・ 写真カード ・ 文字で書いて見せる やってみせる ・ 指差し ・ 短い言葉で伝える その他(　　)
医療･福祉サービスの利用 有 ・ 無	児童デイサービス(　　/週)　保育所等訪問(　　/1 ヶ月) ＰＴ　ＯＴ　ＳＴ　その他（　　）

ＳＳＴで練習したいこと

ＳＳＴはどこで知りましたか？

ポスター　紹介（ 知人 ・ かかりつけ医 ・ 学校の先生） その他（　　）

＊申し込みが定員を越えた場合は**抽選**となります。ご了承ください。

＊何かご不明な点などありましたら、下記の担当者まで連絡お願いします。

問い合わせ先：沖縄中部療育医療センター　☎098－932－6077　　FAX098－933－7991

担当：リハビリテーション課　OT 仲座・赤嶺　　PT 平川貴子