



診察申込書

記入者	母・父・その他（ ）
-----	------------

1. 本人について

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：		

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「西宮市個人情報保護条例」ならびに「西宮市個人情報保護条例施行規則」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 _____