（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 | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 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 | | | | | ｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞ | | 療育指導  (SST等) | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | |
| 診察予約の要・  不要 | 要　　・　　不要 | | | | | | | | | | | | | | |
| 診察予約方法 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 関係機関ネットワークでの情報共有 | （　　　）情報共有ができる。  （　　　）情報共有ができない。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 府民への情報提供 | （　　　）府民向け情報提供ができる。  （　　　）府民向け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 | １　小児科専門医  ２　小児神経科専門医  ３　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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 大阪府保健医療計画において、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）の都道府県拠点又は地域連携拠点と位置付けされていること  ※大阪府保健医療計画の該当ページの写しを添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | | | | | |