

## 児童発達支援サービス フェイスシート

	問合せ日		記入者	
事業所名				担当者
開所時期		運営主体		
所在地	〒 _____ 最寄駅／アクセス ( _____ )			
問い合わせ先	電話 : _____ 担当者 ( _____ ) メール : _____ ホームページ : _____			
利用日時	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日		急な対応	
			可 ・ 不可	
送迎	無 ・ 有 (送迎可能エリア : _____ )			
事業所の特徴				
療育プログラム	集団 ・ 個別 ABA ・ TEACCH ・ PECS ・ SST ・ 音楽療法 ・ 運動療法 その他 ( _____ )			
余暇支援	プール ・ 絵画 ・ 習字 ・ 学習			頻度
	その他 ( _____ )			( _____ )
専門職	ST ・ OT ・ PT ・ 心理 ・ S.E.N.S ・ その他 ( _____ )			
保護者の参観	無 ・ 有 ( ウェブカメラ ・ マジックミラー ・ その他 ( _____ ) )			
個別支援計画	無 ・ 有 ( 周期 _____ )			
定員	_____ 人	対象年齢		
受入れ状況	(障がいの種別や程度の割合など)  制約 : 無 ・ 有 ( _____ )			
自己評価結果の公表	無 ・ 有 ( _____ )			
※備考欄				