

## 訪 問 支 援 保 護 者 同 意 書

希望が丘こども医療福祉センター（以下、センター）が実施する訪問支援において、下記の事項について同意します。

- ①センターと訪問施設や他の関係機関（病院・診療所・通園施設・療育施設・相談支援事業所・訪問看護リハビリテーション事業所・教育機関・行政機関 等）が、これまでの発達支援の経過、診断名、発達検査結果、リハビリテーションの内容、今後の支援方法などを情報共有すること。
- ②訪問時にセンターの療法士が、必要に応じて直接お子様の体に触れて関わること、訪問施設の担当職員へお子様の発達支援について助言すること。
- ③訪問時に写真や動画撮影を行い、センター内と訪問施設への報告書のみに使用すること。

令和        年        月        日

（訪問施設名） \_\_\_\_\_

（お子様） ふりがな 氏 名 \_\_\_\_\_

（保護者） 氏 名 \_\_\_\_\_（続柄        ）