


# 受診申込書

記入年月日      年      月      日  
担当者

この申込書は面接の基礎となるものですので、正確に、はっきりとご記入ください。					
記入者		続柄			
ご本人	ふりがな 氏名	男・女	生年月日 H      年      月      日	生まれ	歳
住所	〒      市		TEL: (      )	FAX: (      )	
			緊急連絡先(携帯など) (      )		
所属(学校・施設・勤務先など)		かかりつけ医			
		診断名			
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業・学校等	備考
	父親:最終学歴(      ) 出身地(      )		母親:最終学歴(      ) 出身地(      )		
相談したい内容					
備考					
NO. _____		里童こころと育ちのクリニック 			

周産期	出生時の体重	g	在胎	週
	その他、周産期にまつわることで何かありましたらお書きください。			
乳児期	首のすわり	ヶ月	はいはい	ヶ月
	歩き始め	ヶ月	意味のある言葉	ヶ月 (内容: )
	1歳になる前(0歳児)のお子さんについて、気になったことがありましたら、○をつけてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人のいる方向に顔を向けなかった</li> <li>・ 母を視線で追わなかった</li> <li>・ 母の顔を見ても笑顔を見せなかった</li> <li>・ 人見知りをしなかった</li> <li>・ 人見知りが激しかった</li> <li>・ あやしても喜ばなかった</li> <li>・ 音がしても知らんぷりをしていた</li> <li>・ おとなしくて手がかからない子だった</li> <li>・ 人とかかわりを嫌がり、ひとりの方が機嫌が良かった</li> <li>・ 抱きにくく、抱かれにくい子だった</li> <li>・ オツムテンテンなど(まね)をしなかった</li> <li>・ おもちゃへの興味が少なかった</li> <li>・ 睡眠が不規則だった</li> <li>・ かんの強い子だった</li> <li>・ 言葉が少なかった</li> <li>・ その他( )</li> </ul>			
乳幼児健診	1歳6ヶ月健診	内容(結果・医師、保健師等から指導を受けたことなど)		
	(場所: )			
	3歳児健診	内容(結果・医師、保健師等から指導を受けたことなど)		
	(場所: )			
その他の健診で指摘されたことがありましたら、お書きください。				
幼児期	お子さんについて、今までに気になったことがありましたら○をつけてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 親から平気で離れた</li> <li>・ 頻繁に迷子</li> <li>・ 目が合わなかった</li> <li>・ 呼名を無視</li> <li>・ 言葉の遅れ</li> <li>・ オウム返し</li> <li>・ 奇妙な動作、しぐさ( )</li> <li>・ こだわりやすい( )</li> <li>・ 興味のかたより( )</li> </ul>			
通園歴	園・施設名	通園期間	園・施設名	通園期間
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	園の職員や周りの方からお子さんについて何か指摘を受けたことがあればお書きください。			
集団生活の中で、何か気になることがあればお書きください。 (ひとり遊びが多い、職員・友達との関係など)				

氏名

通学状況	学校名	通学期間	学校名	通学期間	
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月		年 月～ 年 月	
	学習や勉強の問題について、気になることがありましたら○をつけてください。 ・ 読み書き (具体的に: ) ・ 計算 (具体的に: ) ・ 会話 (具体的に: ) ・ 極端な不器用さ (具体的に: ) ・ 視力、聴力 (具体的に: ) ・ その他 (具体的に: )				
現在の学習成績と評価について(成績表の評価、テストの点数など)					
相談歴	相談機関名 <small>(保健センター・療育機関等)</small>	相談期間	相談内容		
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
通院歴	病院名	通院期間	通院状況		
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
診断	発達障害の診断	診断名	診断時期	診断機関	診断医
	済・未		年 月		
			年 月		
服薬 なし・あり 薬名( ) 症状(不眠・多動・ADHD ) 薬名( ) 症状(不眠・多動・ADHD )					
家族・親戚(おじ、おば、いとこなど)に下記の病気・障害の方はありますか。 お答えできる範囲でご記入ください。					
精神遅滞 (ない・ある)		先天性盲 (ない・ある)			
自閉症 (ない・ある)		先天性聾 (ない・ある)			
言葉の遅れ (ない・ある)		精神疾患 (ない・ある)			
てんかん (ない・ある)		神経疾患 (ない・ある)			
脳性麻痺 (ない・ある)		反社会性 (ない・ある)			

※ここで知り得た情報は、当院での支援以外の目的で使用することはありません。

ご協力、ありがとうございました。

