

受診申込書

記入年月日 年 月 日

*この申込書は診察の基礎となるものですので、正確に、はっきりとご記入下さい。						
記入者		続柄				
ふりがな ご本人		男・女	生年月日 H・R	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・施設など)		かかりつけ医 診断名				
家族 構成	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	備考
	父親:最終学歴()出身地(県 市) 母親:最終学歴()出身地(県 市)					
相談したい内容						
備考						
<p>当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。*医療情報・システム基盤整備体制充実加算を加算させて頂いています。</p>						

アンケート No.2 (幼児用)

幼児期	<ul style="list-style-type: none"> 奇妙な行動や繰り返しの動作（つま先歩き、コマのように回る、体を揺らす、手をかざしてみる）があった ない・ある（ 歳頃）（内容： ） こだわりやすい傾向があった ない・ある（ 歳頃）（内容： ） 興味を持つものが限られていた、興味の範囲が狭い ない・ある（ 歳頃）（内容： ） 																												
	<p>▼ その他日常生活の様子について当てはまるものに○をつけてください</p> <ul style="list-style-type: none"> 一人であることが好き 些細なことに不安になる 食べ物の好き嫌いが激しい 手先が不器用 新しい環境に慣れにくい マイペースすぎる 転びやすい 痲癢を起こしやすい 気持ちの切り替えが苦手 集中が続きにくい 人を叩いたり物を投げたりする その他（ ） 																												
通園状況	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下さい。（ひとり遊びが多い、職員・友達との関係など）																												
家庭生活	◎家庭での生活についてお聞きます																												
	<ul style="list-style-type: none"> 平日の生活リズムについて記入してください（睡眠・食事・園学校・放課後・風呂・遊びなど） <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>0</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td><td>12</td><td>14</td><td>16</td><td>18</td><td>20</td><td>22</td><td>24</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> 睡眠の問題 ない・ある（具体的な内容： ） 食事の問題 ない・ある（具体的な内容： ） 親子関係、兄弟関係で気になること ない・ある（具体的な内容： ） 好きな遊び、良く行う遊び（具体的な内容： ） ゲームやメディア（動画、TV、DVD など）の使用について 平日（ ）時間くらい / 休日（ ）時間くらい（その内容： ） <p>*ゲームやメディアが原因で困ることはありますか？（例：時間のルールを守れない、止めさせると怒るなど） （具体的な内容： ）</p>				0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24												
0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24																	
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																											

アンケート No.3 (幼児用)

通院歴	病院名	通院期間		通院状況	
		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
			年 月頃		
服薬	現在何か飲まれているお薬はありますか？ なし ・ あり				
	薬名 (	)	症状 ()	
	薬名 (	)	症状 ()	
	禁忌薬	なし ・ あり	薬名 ()	
アレルギー なし ・ あり 内容 ()					
以下については、お答えできる範囲でご記入ください。					
家族など身近な方で下記の病気・障害の方はありますか？					
精神遅滞	(	ない ・ ある)	先天性盲	(	ない ・ ある)
自閉スペクトラム症	(	ない ・ ある)	先生性聾	(	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、当院での診療・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。

