

記入日 年 月 日 初診の方の間診(☑) ()

| | | | |
|----------------|----------|--------|----------|
| フリガナ | | | 男 ・ 女 |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日生 | 歳 力月 |
| 住 所 | 〒 | | |
| 電話番号 | () | - | (自宅・続柄) |
| 緊急連絡先 (携帯等) | 1) | (続柄) | |
| | 2) | (続柄) | |

身長 :
体重 :

月 日
現在

1. どのようなことが心配で来院されましたか。また心配な事が始まった時期はいつ頃ですか？

.....年 月頃 又は.....歳頃.....

2. 当クリニックをどこで紹介されましたか

無 有 紹介元名称.....

3. 他の病院にかかっている方はご記入ください。

| | |
|----|----|
| 病院 | 先生 |
| 病名 | 薬 |
| 病院 | 先生 |
| 病名 | 薬 |

4. 一緒に生活されているご家族についてご記入ください。

| 続柄 | 名前 | 年齢 | 職業 (職歴) | 最終学歴 (学校) | 健康状態 |
|----|----|----|---------|-----------|------|
| 父 | | 才 | | | 健・否 |
| 母 | | 才 | | | 健・否 |

ご兄弟・その他同居者についてご記入ください。

| 続柄 | 年齢 | 学校・職業 | 健康状態 | 続柄 | 年齢 | 学校・職業 | 健康状態 |
|---------|----|-------|------|----|----|-------|------|
| 兄・弟・姉・妹 | 才 | | 健・否 | | 才 | | 健・否 |
| 兄・弟・姉・妹 | 才 | | 健・否 | | 才 | | 健・否 |
| 兄・弟・姉・妹 | 才 | | 健・否 | | 才 | | 健・否 |

*

5. 保健センターの乳幼児健診での様子をお聞きします (当てはまる場所に✓をつけてください)

問題なかった
 指摘を受けた 10ヶ月健診 1歳6ヶ月健診 3歳健診 5歳健診

どのような指摘を受けましたか

その後のフォローを受けましたか 受けた 受けてない

↳ (電話相談 他機関への紹介)

療育手帳をお持ちの方、ご記入下さい

内容は (A B B)

その他手帳についてお持ちの方はご記入ください

身体障害者手帳 _____種 _____級

精神保健福祉手帳 _____級

6. 教育・保育・療育機関についてご記入ください。

就学前： 発達医療センター・児童発達支援 (旧通園・児童ティ) など

年 (才) ~ 年 (才) まで 名称

年 (才) ~ 年 (才) まで 名称

| | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 幼稚園 | <input type="checkbox"/> 保育園 | <input type="checkbox"/> 認定こども園 | 加配：あり・なし | 現在 | <input type="checkbox"/> 卒園 |
| | 小学校 | <input type="checkbox"/> 普通級 | <input type="checkbox"/> 支援級 | 現在 | 年生 <input type="checkbox"/> 卒業 |
| | 中学校 | <input type="checkbox"/> 普通級 | <input type="checkbox"/> 支援級 | 現在 | 年生 <input type="checkbox"/> 卒業 |
| | 高校 | | | 現在 | 年生 <input type="checkbox"/> 卒業 |

その他

7. 現在、医療機関・訪問リハ・デイサービス等で個別のセラピーを受けている方はご記入ください。

| 医療機関・訪問・他サービス施設名 | 種類 | 頻度 | 備考 (継続の有無など) |
|------------------|------------------|----|--------------|
| | PT OT ST (摂食・言語) | | |
| | PT OT ST (摂食・言語) | | |
| | PT OT ST (摂食・言語) | | |

裏面もごさいます

