

→ 大口病院		作成日	年 月 日
ふりがな			生年月日 年 月 日
氏名		<input type="checkbox"/> 男	年齢 歳 か月
		<input type="checkbox"/> 女	
所属	幼稚園・保育園・学校 等	学年	各種障害者手帳の有無（等級, 対象疾患など） <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 不明

家族構成	続柄	氏名（ふりがな）	年齢	職業・その他	

家族の主訴（相談したいこと・求めていること・困っていること）

1. 紹介となった理由・経過について（子どもの状態と相談したいことなど）
 ※必要に応じて出席状況, 学習状況を含む

2. 受診・相談・案内のきっかけ（該当する□を選択し, ■にする）

本人からの相談 保護者からの相談 紹介機関から保護者に勧めた

紹介機関以外の施設等の支援機関から勧められた（機関名： _____）

3. 受診・相談・案内を希望する理由や目的（該当する□を選択し, ■にする）

コミュニケーション 言葉の発達 こだわり 感覚過敏 運動発達

多動・衝動性 生活習慣 育てにくい かんしゃく

その他（ _____ ）

4. 乳幼児健診等の結果

1歳6か月児健診 要経過観察の有無	3歳児健診 要経過観察の有無	その他の健診 要経過観察の有無
無・有（ _____ ）	無・有（ _____ ）	無・有（ _____ ）

5. 現在, 利用している もしくは これまでに利用した支援機関・医療機関について

<支援機関> (不明な場合は, □を選択し, ☑にする)

	利用頻度・利用期間など	施設名, 支援内容など
<input type="checkbox"/> 子ども発達支援センター (例: たんぽぽ, ゆう, みら e)		利用中(施設名) 利用予定, 利用していた
<input type="checkbox"/> 子育て支援センター (例: ルピナス, まむさるーん)		
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (例: とも, みら e, 音, パレット)		利用中(施設名) 利用予定, 利用していた
<input type="checkbox"/> 親子教室		利用中(施設名) 利用予定, 利用していた
<input type="checkbox"/> 保育園または幼稚園		利用中(施設名) 利用予定, 利用していた
<input type="checkbox"/> その他		

<既往歴・医療機関> (今までに大きな病気や怪我)

医療機関名	診断名など	実施した訓練・検査の内容及び 頻度

※上記の情報提供書内容をご確認され, 今後当機関が紹介先と検査結果等を情報共有することに同意された上で署名をお願いいたします。

_____年____月____日

保護者名(自署)