

提出先 (医療機関)
大口病院



当機関 (作成元)	作成者	作成日
		年 月 日

## 受診相談票

(関係機関用：こども園・療育施設など)

(ふりがな)				生年 月日	年 月 日生 ( 歳)	性別	男・女
氏 名				所属	クラス		
住 所	所在地の郵便番号 ( 895- )	都 道 府 県	郡 市 区				
① 保護者の意向 (希望や困っていること)							
② 関係者の意向							
③ 生育歴 (記入可能な範囲で構 いません)	a 乳幼児健診等の結果 (要観察の有無)			b 既往歴 (医療機関名・診断面・実施した訓練 や検査の内容及び頻度)			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1 歳 6 か月健診：</li> <li>・ 3 歳健診：</li> <li>・ その他健診：</li> </ul>						
	c 利用中もしくは利用したことがある支援機関名 (利用期間)						
	<input type="checkbox"/> 子育て支援センター (機関名： ) (期間： )						
	<input type="checkbox"/> 親子教室 (機関名： ) (期間： )						
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (療育) (機関名： ) (期間： )						
	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・こども園 (園名： ) (期間： )						
	<input type="checkbox"/> その他 ( ) (期間： )						

④ 性格特徴				
⑤ 行動および交友関係	移動運動：  手の運動：  対人関係：  発語（言葉）：  言語理解：  遊び方：			
⑥ 日常生活の程度	1 食事	(全介助・半介助・自立)	5 入浴	(全介助・半介助・自立)
	2 洗面	(全介助・半介助・自立)		
	3 排せつ	おむつ必要・おむつ不要 全介助・半介助・自立	6 危険物	(全くわからない・特定の物、 場所はわかる・大体わかる)
	4 衣類	おむつ必要・おむつ不要 全介助・半介助・自立	7 睡眠	(夜眠らず騒ぐ・時々不眠 寝ぼける・問題なし)
	上記の内容を具体的に記載してください。			
⑦ 備考				

上記の情報提供書内容を確認しました。今後、当機関が提出先機関と検査結果等を情報提供することに同意します。

年 月 日

保護者名

(自著)

\_\_\_\_\_