

|           |
|-----------|
| 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<br>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<br>（ 895－ ） | 都 道 府 県 |          | 郡 市 区      |  |     |    |     |
| ① 保護者の意向<br>（希望や困っていること）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |         |          |            |  |     |    |     |
| ② 関係者の意向                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |         |          |            |  |     |    |     |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">           a 乳幼児健診等の結果（要観察の有無）<br/><br/>           ・ 1 歳 6 か月健診：<br/>           ・ 3 歳健診：<br/>           ・ その他健診：         </div> <div style="width: 50%;">           b 既往歴（医療機関名・診断名・実施した訓練や検査の内容及び頻度）         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |         |          |            |  |     |    |     |
| <div style="display: flex;"> <div style="width: 20%;">           ③ 生育歴<br/>（記入可能な範囲で構いません）         </div> <div style="width: 80%;">           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）<br/><br/> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 子育て支援センター<br/>             （機関名： ）<br/>             （期間： ）           </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 親子教室<br/>             （機関名： ）<br/>             （期間： ）           </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 児童発達支援（療育）<br/>             （機関名： ）<br/>             （期間： ）           </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・こども園<br/>             （園名： ）<br/>             （期間： ）           </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> その他（ ）<br/>             （期間： ）           </div> </div> </div> |                      |         |          |            |  |     |    |     |

この文書は個人情報となります。情報の取り扱いにはご注意ください。

|                     |                                                                         |                           |       |                                 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|---------------------------------|
| ④ 性格特徴              |                                                                         |                           |       |                                 |
| ⑤ 行 動 お よ び<br>交友関係 | 移動運動：<br><br>手の運動：<br><br>対人関係：<br><br>発語（言葉）：<br><br>言語理解：<br><br>遊び方： |                           |       |                                 |
| ⑥ 日 常 生 活 の<br>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<br>全介助・半介助・自立 | 6 危険物 | (全くわからない・特定の物、<br>場所はわかる・大体わかる) |
|                     | 4 衣類                                                                    | おむつ必要・おむつ不要<br>全介助・半介助・自立 | 7 睡眠  | (夜眠らず騒ぐ・時々不眠<br>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) \_\_\_\_\_

この文書は個人情報となります。情報の取り扱いにはご注意ください。