

受診申込・紹介票（未就学児用） ※紹介元で作成（入力またはペン書き）

				紹介元 連絡先	担 当 者	職 名	担任 / コーディネーター / その他（ ）	
						氏 名		
紹介 機 関	市町村名		市 / 町 / 村		所在地	〒		
	施設名							
				電話番号	- - 内線（ ）			

フリガナ 氏名			年齢	性別	生 年 月 日		
					(元号) 年 月 日		
住 所	〒				保護者氏名	父	
						母	
						その他	
保護者連絡先	固定電話		携帯電話番号	(父)	(母)		

※以下、該当する項目には、□に✓をお願いいたします。なお、項目1, 2, 7, 15については、必ず□に✓をお願いいたします。

1 受診の必要性の理由等

- 2 ☐ 保護者は、診断を聞くことを了解している。 ☐ 保護者は診断を聞くことに消極的だが子供は困り感を感じている。
- 3 受診案内のきっかけについて（紹介機関が把握している範囲で、最初のきっかけを選んで ☐ に✓）
☐ 保護者からの相談 ☐ 保育所等側から保護者に勧めた ☐ 支援機関等から勧められた（機関名： ）
- 4 受診を希望する理由・目的（当てはまるものにすべて✓してください。）
☐ コミュニケーション ☐ 言語の発達 ☐ こだわり ☐ 感覚過敏 ☐ 運動発達 ☐ 生活習慣 ☐ 多動・衝動性

☐ 不注意 ☐ かんしゃく ☐ 学習面 ☐ 知能の遅れ ☐ 自傷 ☐ 他害 ☐ 登校しぶり・不登校

☐ 睡眠の問題 ☐ その他（ ）

5 受診の際に相談したいこと

6 受診までの経緯について（医療機関等の受診歴や生活状況、発達に関する経過、保護者との面談内容、受診を希望したきっかけ等を記入）

7 ☐ 本人の状態について、保護者と紹介機関が共通の認識を持っている。

8 乳幼児健診等での助言の有無等（1歳6か月・3歳）

1歳6か月児健診 要経過観察の有無	あり ・ なし	3歳児健診 要経過観察の有無	あり ・ なし	その他の健診 要経過観察の有無	あり ・ なし
----------------------	---------	-------------------	---------	--------------------	---------

※助言された内容等

乳 幼 児 健 診 等	1歳6か月児健診	
	3歳児健診	
	その他の健診	

9 現在の状況, 発達に関する経過

(1) 保育園や幼稚園での様子(担任の先生に指摘されたり, 助言されたりしたこと等を中心に)

--

(2) 児童発達支援事業所の利用（有 ・ 無）

事業所名	担当者名	いつから	支援内容等

(3) 保育所等訪問支援の実施（有 ・ 無）

事業所名	担当者名	いつから	助言内容

10 既往歴について(これまでの大きな病気等の有無・アレルギー)

--

11 家族構成(兄弟児における当院の受診児の有無)

--

12 発達検査等の結果について(ある ・ ない) 未実施の場合は予定日と検査内容を必ず記載してください。

	()	【 年 月実施】実施機関()
	()	【 年 月実施】実施機関()

(注) 全ての内容等を確認後、下記について同意した上で御署名ください。

- 診療を目的として、支援機関がもっている子供とご家庭の情報を当院に提出すること。
- 当紹介票が当院に到着し、お子様の状況によっては、医師の判断で他の機関等をご案内する場合があります。ご了承ください。
- 転入等で乳幼児検診の記録がない場合は、保育園等の記録や検診を受けた自治体に確認して必ず記載してください。
- 診察日以外でのお問い合わせにはお時間をいただくことをご了承ください。

●当院では発達検査は行っておりません。各自治体にて実施して結果を紹介票に添付してください。療育手帳や過去の特別児童扶養手当を申請時に行った検査結果でも構いません。

就学前にWISC検査を予定していて精神症状などで当院の初診を急ぎたい場合は検査予定日を確定して記載してください。未記載の場合はご予約をお受けいたしかねます。

●発育の遅れについては、小児科を受診して身体疾患の有無を精査と療育の導入を優先してください。

●診断書の作成には1週間～2週間のお時間を頂きます。

●鹿児島県外の方は、初診時に支援者の同伴をお願いします。

年 月 日

記入者

印

