

## 第2北総病院リハビリテーションセンター 小児発達外来初診申込書

申込	平成	年	月	日
----	----	---	---	---

※太枠内をご記入の上、郵便でお送り下さい。病院から電話連絡があるまで、しばらくお待ち下さい。

患者さん の前	お名前	_____ (性別) 男・女 昭・平 年 月 日生		
	氏名	_____ 歳 _____ 月		
保護者、 住所 その他 の連絡 先	〒	—	—	—
	お名前	_____		
	都道府県	市郡	町村	
	自宅電話番号	なし・あり ( )	—	
	携帯電話番号	( )	—	(最も連絡のつきやすい番号を記載してください)
	保護者氏名	患者さんとの続柄 _____		
	国籍	〔「日本」以外の方のみご記入ください。〕 _____		
お子さん について 質問	1. お子さんのことで、どんな心配なことがありますか？簡潔にご記載ください。また御希望のリハビリテーション療法がございましたら、下記の選択肢に○印をつけてください。(必須)			
	〔 _____ 〕			
	理学療法・作業療法・言語療法			
	2. その心配事について、いつ、どなたが気付かれましたか？			
	3. 診断名・診断を受けた病院はありますか？ 診断名 ( ) 病院名 ( )			
	4. 発達の遅れでのかかりつけ医・病院はありますか？			
	5. 発達検査・知能検査を既に実施していますか？また、検査結果の資料をお持ちですか？ 実施済み ( _____ 歳 _____ 月；実施機関名： _____ 検査名： _____ ) 実施しているが資料を持っていない ・ 未実施 ※上記選択肢に○印をつけ、必要事項をご記載ください。			
6. 当院へは他の病院や発達センターからのご紹介ですか？紹介状の有無もご記載ください。 (他の病院や発達センターから可能であれば、紹介状を御持参ください。紹介状のある方を優先いたします。) ご紹介の有・無：病院 ( _____ 病院)、発達センター ( _____ センター) その他の機関 ( _____ )、当院通院患者様からの口コミ 紹介状の有・無 ※有・無に○印、選択肢に○印と ( ) 内に名称をご記載ください。				
7. 通常の訓練は平日の午前中に可能でしょうか？ 可能 ( _____ 曜日) 不可能				

申込書郵送先：〒273-0121

千葉県鎌ヶ谷市初富803 第2北総病院リハビリテーションセンター 課長 吉澤 翔 宛て

※記載いただいた個人情報は診療目的以外には利用いたしません。

## 発達問診票

- 手帳 無 ・ 有 ( )  
※身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の取得について  
ご記載ください。
- 通所受給者証 (児童発達支援・放課後等デイサービス) 無 ・ 有

### <就学前>

- 
- ( ) 発達センター
  - ( ) 保育園 (年少・年中・年長)
  - ( ) 幼稚園 (年少・年中・年長)

### <就学後>

- 
- ( ) 小学校  
通常学級 ・ 支援級 ( ) 年
  - ( ) 特別支援学校 ( ) 年

### <出生前～出生後>

- 
- 妊娠中の経過のトラブル→ あり ・ なし  
あり→ ( )
  - 出産→ ( ) 週 ( ) 日
  - 出生体重→ ( ) g
  - 分娩→ ( 普通 ・ 吸引 ・ 帝王切開 )
  - 出生後の様子→保育器に 入った ・ 入っていない  
その他 ( )

### <発達歴>

- 
- 定額→ ( ) カ月)
  - 寝返り→ ( ) カ月)
  - 座位→ ( ) カ月)
  - ハイハイ→ ( ) カ月)
  - つかまり立ち→ ( ) カ月)
  - 伝い歩き→ ( ) カ月)
  - 独歩→ ( ) 才 ( ) カ月)
  - 始語→ ( ) 才 ( ) カ月)
- ※市の健診で指摘→ された ・ されていない
-