

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 患 者	ふりがな _____ (性別) 男・女 昭・平 年 月 日生 氏名 _____ 歳 ヶ月 所属 () 発達センター・() 保育園・幼稚園 年少・年中・年長 () 小・中・高等学校 通常学級 () 年生・特別支援学級 () 年生 () 特別支援学校 () 年生 ※ 選択肢に○印と()内にご記載ください。
保護者、 住所 その他 の 連絡 先	〒	_____ ふりがな _____ _____ 都道府県 市郡 町村 _____ 自宅電話番号 () _____ 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。) _____ 同居家族構成 ()
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？ 病院名・医師名など () 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. リハビリは平日の午前中に可能でしょうか？ 可能 (_____ 曜日) ・ 不可能	

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・等級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 】

- 「かざぐるま」の利用 【 利用していない ・ 利用中 】

<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・中学校・高等学校
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>

-
- 定頸→ () 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→ されていない ・ された () 才(児健診時)
主な指摘内容 ()
-