

【紹介票】 西濃厚生病院 小児科発達相談 初診申込書

小児科発達相談をご紹介します機関の皆様へ

①から⑦については保護者の方に確認の上、紹介機関にてご記入ください。⑧は保護者の方がご記入ください。
この紹介票は受診日の1週間前までに西濃厚生病院 地域連携センターまで FAX してください。ご不明な点は
小児科外来までお問合せください（平日 14 時～16 時）

FAX：0585-36-3300（地域連携室）

【①紹介機関について（園・学校・行政/相談機関等）】

記載日： 年 月 日

機関名			
所在地		連絡先	
記載者氏名		職名 職種等	

【②受診する児について】

ふりがな		性別	生年 月日	年 月 日
氏名		男・女	年齢	歳 か月
住所				
保護者氏名	続柄（ ）		続柄（ ）	
連絡先①	自宅・携帯（続柄： ）	連絡先②	自宅・携帯（続柄： ）	

※日中繋がる連絡先をご記入ください

【③通園・通学している施設】

園・学校名		所在地	
学年		年 月から通園・入学	
担任名		連絡先	
※小学生以上の方へ			
☐ 未支援 ☐ 通級指導教室（ ☐ 言語 ☐ LD/ADHD ☐ その他） ☐ 特別支援学級（ ☐ 情緒 ☐ 知的 ☐ その他）			

【④現在利用しているサービス等】 児童発達支援事業所・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援など

施設名		開始時期	年 月頃から
		頻度	
施設名		開始時期	年 月頃から
		頻度	

【⑤受診の目的について】※当てはまるものに✓をつけてください。複数回答可。

①	発達・発育等に関する困りごとへの対応やアドバイスを希望する
②	診察の結果、診断がつく場合にはお伝えすることを希望する
③	内服治療についての相談を希望する
④	各種書類を希望する（具体的に：_____）
⑤	医学的検査を希望する（MRI・聴力検査・脳波・血液検査など）
⑥	発達検査・知能検査を希望する
⑦	リハビリテーションを希望する ☐ 運動発達の遅れ ☐ 粗大運動の苦手さ ☐ 協調運動の苦手さ ☐ 巧緻動作の苦手さ ☐ 感覚統合の弱さ ☐ 発音不明瞭 ☐ 言葉の遅れ ☐ 吃音 ☐ 読み書き困難

※①～⑤をご希望の場合は複数回の診察が必要です。④書類作成のみ、⑥発達・知能検査のみ受診は受け付けておりません。

【⑥相談内容】受診の目的・相談したい内容について、また発達・知能検査を希望する場合は検査が必要な理由をご記載ください。

【⑦健診について】健診時の様子・相談内容・指摘内容等についてご記載ください。

1歳6か月児健診	
3歳児健診	
就学前健診	
その他健診・相談 歳頃	

⑧【保護者の方へ】紹介票の記載内容を確認し、下記について同意した上でチェックを入れご署名ください。

☐この紹介票を西濃厚生病院へ提出することに同意します。

☐当院では守秘義務・個人情報保護法に基づき診療を行っておりますが、必要に応じて受診前後に紹介機関・他の医療機関・行政機関・保育、教育機関等の関連機関との情報の授受を行うことがあることを了承します。

日付： 年 月 日

保護者署名（自署）_____

以上、ご記載ありがとうございました。