

# 大野はぐくみクリニック 初診に受診する患者様用の受診票

\*必ず記載してください

\*受診する方の名前 ( )

性別 男 女 \*生年月日 平成 年 月 日 \*年齢 歳

\*住所

\*連絡して通じる電話番号 TEL FAX

この紙に記載した日 年 月 日

\*記載された方と受診される方の関係 当てはまるところを丸で囲んでください。

母親 父親 祖父 祖母 その他 ( )

\*どのような目的での受診ですか。

どのようなことが認められますか。 当てはまるところを丸で囲んでください

言葉の遅れ 運動発達の遅れ 学習の困難 けいれん  
落ち着きがない 集団活動で落ち着かない  
友だちの輪に入れない 他者への迷惑行為 夜に眠れない 衝動的な行動  
夜尿 家庭生活の問題 親子関係がぎくしゃく いじめ  
その他 ( )

当院のことはどこから聞いて受診されましたか

かかりつけの小児科 学校・園の先生  
保健師さんから 児童相談所  
友人・知り合いから インターネット  
その他 ( )

\*紹介状などは持参されますか。 はい いいえ

\*それはどちらからの紹介状ですか ( )

\*資料は持参されますか はい いいえ

上記をすべて書き込んだら

FAX (086 255 2138) してください