

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

受診する方の名前 (^{ふりがな}) 年齢 (満 歳)

性別 男 女 生年月日 平成・令和 年 月 日

住所 (〒 -)

連絡して通じる電話番号 TEL : FAX :

この受診票の入力 (記入) 日 令和 年 月 日

この受診票の入力 (記入) 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。また、今、お困りのことなどございますか。

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 ・ 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
物忘れが激しい ・ 夜に眠れない ・ かんしゃく ・ 衝動的な行動
夜尿がある ・ 家庭生活の問題 ・ 親子関係がぎくしゃく ・ いじめ
その他 ()

当クリニック連携の療育を受けたいですか。

はい ・ いいえ ・ 他事業所を利用予定

*当クリニック連携の放課後デイサービスは、現在受け入れが難しい状況です

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