

# 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

ふりがな ( )  
受診する方の名前 ( ) 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 :

この受診票に記入した日 令和 年 月 日

この受診票に記入された方との関係 当てはまるところを○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○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

(児童発達支援のみ。放課後等デイサービスは、当該事業所では中途の受け入れは大変難しい状況です)

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  
保育士さんから 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