

病院代表番号：0225-21-7220

当院使用欄

FAX 番号：0225-96-5147

患者 ID：

予約日： 月 日 :

<< 小児科発達外来 受診予約に際しての問診票 >>

受診予約や初診をスムーズに行うために、以下の質問にご記入をお願いいたします。(わかる範囲で結構です。)

内容によっては他の施設をご案内する場合がありますので、ご了承下さい。

なお、記入頂いた個人情報、当科の診療行為に関してのみ使用致します。事前に同意なく第三者に開示、情報の漏洩をすることはありません。

【基本情報】

ふりかな： _____

氏 名： _____

生年月日：H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳

所属（通っている保育園、幼稚園、療育施設、学校名など）： _____

問診票を記載された方の続柄： 父 母 本人 保健師 その他 (_____)

【連絡先】

住 所：〒 _____ - _____

_____ 県 _____ 市・町・村・郡

電話番号：(固定電話) _____ - _____

(携帯電話) _____ - _____

1) 現在、どのようなことに困っていますか？

2) 当院の発達外来に期待することは何ですか？（あてはまるものに☑をつけてください。） ※複数回答可

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 診断（目的： _____） | <input type="checkbox"/> 在籍学級に関する相談 |
| <input type="checkbox"/> 検査（発達検査など） | <input type="checkbox"/> 学校における学習環境の相談 |
| <input type="checkbox"/> 薬物療法 | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> 家庭内での対応方法 | <input type="checkbox"/> 診断書等の発行 |
| <input type="checkbox"/> 就学に関する相談 | <input type="checkbox"/> 登校状況（不登校など）の相談 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

