

初診申し込み用紙

記入日	20 年 月 日		
「初診のご案内」を理解し同意します	☐ はい ←必ず「初診のご案内」をお読み頂き ☒ をお願い致します		
申込者の名前 [続柄] 例：島田 花子 [母]	続柄 []		
日中の連絡先 電話番号	9：30～17：00 で連絡のつきやすい時間帯 []		
住所	〒		
希望されることは？ *当てはまるものすべてに ☒	☐ 療育（訓練・指導） ☐ 診断 ☐ 薬の処方 ☐ 助言・相談 ☐ 検査 ☐ 書類 ☐ その他 []		
受診されるお子様について 例：島田 ^{シマダ} ^{タロウ} 太郎	フリガナ 名前	生年月日 20 年 月 日	性別 ☐ 男 ☐ 女
お持ちの手帳 *当てはまるものすべてに ☒	☐ 療育手帳・愛の手帳 [度] ☐ 身体障害者手帳 [級] ☐ 精神障害者保健福祉手帳 [級]		
所属 [学年] 例：島田保育園 [年長]	学年 [] *対象は重症心身障害児者を除き中1まで 該当項目があれば ☒ [☐ 特別支援学級 ☐ 特別支援教室]		
使用している医療機器 *当てはまるものすべてに ☒	☐ 吸引 ☐ 気管切開 ☐ 吸入 ☐ 人工呼吸器 ☐ 経管栄養 ☐ 酸素 ☐ 胃瘻・腸瘻 ☐ その他 []		
当センターの利用歴 外来 / セブンクローバー	☐ なし ☐ あり→ ☐ 外来の通院歴がある (ID:) ☐ セブンクローバーの通院歴がある (ID:)		
ご家族様の利用歴	☐ なし ☐ あり→ 続柄 [] 名前 [] ID ()		
関係機関 *当てはまるものすべてに ☒	☐ 子ども家庭センター（母子保健） ☐ 子ども家庭センター（相談担当） ☐ 児童相談所 ☐ 発達支援室 ☐ 児童発達支援/放課後等デイサービス ☐ 計画相談支援/障害児相談支援 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 保健所 ☐ その他 []		
受診希望曜日 *主治医によって診察曜日が異なります。	☐ いつでも大丈夫 <u>都合が合わない曜日に☒</u> [☐ 月曜 ☐ 火曜 ☐ 水曜 ☐ 木曜 ☐ 金曜]		

◆以下の必要書類がすべて揃っているか確認（☒）して当センターへ郵送をお願いします。

- ☐初診申し込み用紙（この紙です） ☐紹介状（お持ちの場合）
☐島田療育センター質問用紙 ☐こどもの生活シート（所属機関がある方）

<当センタースタッフ記入欄>

初診日	年 月 日 () : ~	医師	ID
-----	---------------	----	----