

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	<input type="checkbox"/> 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☑	<input type="checkbox"/> 療育（訓練・指導） <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 薬の処方 <input type="checkbox"/> 助言・相談 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 書類 <input type="checkbox"/> その他 []	
受診されるお子様について 例：島田 <small>シマダ タロウ</small> 太郎	フリガナ 名前	生年月日 20 年 月 日 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お持ちの手帳 *当てはまるものすべてに☑	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛の手帳 [度] <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 [級] <input type="checkbox"/> 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3まで 該当項目があれば☑ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 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☑	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 []	
当センターの利用歴 外来 / セブンクローバー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 外来の通院歴がある (ID:) <input type="checkbox"/> セブンクローバーの通院歴がある (ID:)	
ご家族様の利用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 続柄 [] 名前 [] ID ()	
関係機関 *当てはまるものすべてに☑	<input type="checkbox"/> 子ども家庭センター（母子保健） <input type="checkbox"/> 子ども家庭センター（相談担当） <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 発達支援室 <input type="checkbox"/> 児童発達支援/放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 計画相談支援/障害児相談支援 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いつでも大丈夫 都合が合わない曜日に☑ <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 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
-----	---------------	----	----