

所属機関（保育所、幼稚園、小中学校等）のご担当者様

島田療育センター初診で使用する資料です。

お手数ですがご記入いただき、保護者の方へお渡しください。

こどもの生活シート

〒206-0036 東京都多摩市中沢 1-31-1

電話 042-374-2607（医療相談科直通） FAX 042-374-2089

島田療育センター 初診担当医師宛

所属 機関	名称			
	住所			
	電話		FAX	
	記入者	印 *署名または記名捺印		
	記入年月日	20	年	月 日
対象者	名前（ふりがな）	（ ）		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	20	年	月 日 学年

所属機関で当センターへの受診をお勧めいただいた場合には、お子さんのどのような事柄について当センターにどのようなことを期待されて受診を勧めたのか、ご記入ください。

ご家族の状況についてご記入ください（ご存じの範囲内で結構です）。

医療機関・相談機関などの利用状況についてご記入ください（ご存じの範囲で結構です）。

お子さんの心配なところを（なるべく具体的に）ご記入ください。

優れているところ、素晴らしいところ、特に問題なくできるところをご記入ください。

備考

情報提供にご協力いただき、ありがとうございました。

島田療育センター