

こどもの生活シート

〒206-0036 東京都多摩市中沢1丁目31番1

電話 042-374-2071 (代表) FAX 042-372-9363

日本心身障害児協会 島田療育センター

初診担当医師宛

平成 年 月 日

ご記入いただく方の情報 : ご所属先の所在地

名称

電話番号

FAX

部署名

お名前

印

ご紹介いただくお子さんのお名前 (ふりがな)

性別 男・女

様

生年月日 平成 年 月 日 () 歳 学年/職業

ご紹介いただく目的

ご家族の状況 (既にご存じの範囲で結構です)

お子さんのご心配なところ (なるべく具体的にお書き下さい)

・

・

・

・

・

お子さんの優れているところ、素晴らしいなところ、特に問題なくできるところ

・

・

・

・

・

事前に他の医療機関・相談機関などでの相談をされている場合、ご存じの範囲でその内容をお書き下さい

備 考