

初診申し込み用紙

記入日	2 0 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/>	<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 <small>シマダ タロウ</small> 例：島田 太郎	フリガナ	生年月日
	名前	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 checked="" type="checkbox"/>	<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1まで 該当項目があれば <input checked="" type="checkbox"/> <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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素 <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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 子ども家庭支援センター <input type="checkbox"/> 健康センター・保健福祉センター <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> <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
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
-----	---------------	----	----