**発達障害専門外来診察申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込 | 令和　　　 年　　　　月　　　　日 | 　　　 | 患者番号 |  |  |  |  |  |  |
| ※太枠内をご記入の上、紹介状と共にこども病院まで郵便でお送り下さい。後日、病院から診察についてご連絡をさせていただきます。**尚、お子さんが当院にこれまで受診したことがあり、診察券をお持ちの場合は、診察券の番号を上記「患者番号」欄に記入して下さい。** |
| お名前患者さんの | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（性別）男・女　昭・平・令　　　年　　 月　　日生氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　　ヶ月 |
| 住　　　所 | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
| ふりがな |
| 都道　　　　　　　　市　　　　　　　　町府県　　　　　　　　郡　　　　　　　　村 |
| 　自宅電話番号 | なし ・ あり　　（　　　　　　）　　　　　　　　― |
| 保護者、その他の連絡先 | 保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者さんとの続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　国籍（「日本」以外の方のみご記入ください。）　　　　　　　　　　　　住所（自宅・職場・実家・その他　　　　　　　　　　）　※上記と同じ場合は記入不要です。 |
| 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
| 都道　　　　　　　　市　　　　　　　　町府県　　　　　　　　郡　　　　　　　　村 |
| [携帯・実家]電話番号（　　　　　）　　　　　　　―　　　　　　　　　　呼　　　　方 |
| 上記以外で、連絡のとりやすい携帯電話などありましたらご記入ください。記入例　　（　０９０　）　○○○○　―　△△△△　　（　母親携帯　　　　　　　　） |
| 連絡先１　（　　　　　）　　　　　　―　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先２　（　　　　　）　　　　　　―　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　） |
| お子さんについて質問 | （お子さんのことで、どんな心配なことがありますか？）（その心配事について、いつ、どなたが気付かれましたか？） |
| ふりがな◎お母様の当院産科受診歴 なし・あり → 母氏名：　　 　　 　　　　　（　　　　年　　月　　日生） |

＊お母様が当院産科に受診歴があると、お子さんに患者番号が付与されている場合があります。同一の患者番号を使用しますので、お母様の受診歴がある場合はご記入ください。

**申込書・紹介状等郵送先：〒３９９－８２８８　長野県安曇野市豊科３１００**

**こども病院リハビリテーション科長　宛て**

**医療機関からの「発達障害専門外来宛て」紹介状を同封して下さい。また、小中学校在籍のお子さんは、WISC-Ⅲ（知能検査）の結果を紹介状とともにお送り下さい（WISC検査の実施につきましては、学校、地域基幹病院などに依頼して下さい）。**

※記載いただいた個人情報は診療目的以外には利用いたしません。　　　　　　　　長野県立こども病院