

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。

患者さんの前名	ふりがな _____ (性別) 男・女 昭・平・令 年 月 日生 氏名 _____ 歳 ヶ月
	〒 _____ ふりがな 都道府県 市郡 町村 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。 〒 _____ 都道府県 市郡 町村 [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) 〇〇〇〇 — △△△△ (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