

# 発達障害専門外来診察申込書

申込	平成	年	月	日	患者番号						
----	----	---	---	---	------	--	--	--	--	--	--

※太枠内をご記入の上、紹介状と共に子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。

患者さんの名前	ふりがな	_____ (性別) 男・女 昭・平 年 月 日生									
	氏名	_____ 歳 _____ ヶ月									
住所	〒	_____									
	ふりがな	_____									
		都道府県	市郡	町村							
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								
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?)										

申込書・紹介状等郵送先：〒399-8288 長野県安曇野市豊科3100

長野県立子ども病院リハビリテーション科長 宛

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、小学校在籍のお子さんは、WISC (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、小学校、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。

長野県立子ども病院