

なかの小児科クリニック 小児神経専門外来 問診用紙

(フリガナ)

お子さまのお名前 (Name) 男 ・ 女

生年月日 (Birthday) 平成/令和 年 月 日 (現在 歳 ヶ月) (年生)

現住所 (Address) 〒

電話番号 (Telephone) [自宅] — —

[携帯] — — (※お持ちの方は両方ご記入ください。)

出生地 (Borncountry, Homecountry)

かかりつけ医 (病院名)

現在通われている保育所・幼稚園・学校名

小学生以上の方 普通学級のみ 普通学級と支援学級の両方 支援学級のみ 通級を利用 特別支援学校
※普通学級と支援学級の両方の場合、具体的にお答え下さい。

<例>朝の会、帰りの会、国語のみ支援学級を利用している。等

お子様について心配されていること、困っていることなどを簡単にご記入下さい。(要記入)

■これまでに、どこかに相談や医療機関へ受診されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方は相談先や医療機関名をご記入下さい。

■現在、他の医療機関へ診療予約 (予約待ちを含む) をされていますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方は予約されている医療機関名をご記入下さい。(任意)

■現在、療育を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方は療育を受けている所をご記入下さい。

■これまでに、知能検査は受けていますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方は受けた時の年齢と検査結果 (IQ値) をご記入下さい。