様式１

**かかりつけ医療機関　　　　　　　　　　　　　　　専門医療機関**

**診療情報提供書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介機関 | 市町村名 | 　　　　　市・町 | 連絡先 | 電話番号 | －　　　　－ |
| 機関名 |  | 担当者名 |  |
|  |
| ふりがな |  | 生年月日 | H・R　　年　　　　月　　　　日 |
| 児童名 |  | 　　　　　歳　　　　ヶ月　（男・女） |
| 住　所 |  | 所　属 | □未入園□（　　　　　　　）保育園・幼稚園・こども園□（　　　　　　　）小学校・中学校 |
| 受診・紹介のきっかけ | □保護者からの相談　□園や学校からの勧め　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 理由 | □言葉の遅れ　□多動・衝動性　□不注意症状　□学習の困難　□対人トラブル□不登校　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記のことが気になり始めた時期 | 　　　　　　　　　　　頃から気になり始めた（指摘をうけた） |
| 専門医療機関紹介の目的 | □診断・評価　　　□その他（　　　　　　　　） |
| 身体疾患の既往歴 |  |
| 健診等情報 | □1歳6ヶ月児健診要観察の有無　[有（内容　　　　　）・無]□3歳児健診要観察の有無　　　　[有　（内容　　　　）・無]□その他の健診要観察の有無　　　[有　（内容　　　　）・無]□療育・発達相談　（結果　　　　　　　　　　　　　　　　　）□療育等の利用状況□専門機関の受診歴　[有（機関名　　　　　　　　　　　）・無] |
| 保護者の思い・困り感等 |  |
| その他 |  |