様式２

**専門医療機関　　　　　　　　　　　　　かかりつけ医療機関**

**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 |
| 診断名 | □自閉スペクトラム症　□注意欠如多動症　□その他（　　　　） |
| 一次医療機関紹介の目的 | □投薬の継続　　□診断書　　□その他（　　　　　　　　） |
| 身体疾患の既往歴 |  |
| 本人への診断告知の有無 | □あり　　　□なし |
| 現在の投薬内容 |  |
| これまでの投薬経過や副作用症状の有無 |  |
| 調子が悪化した際の専門機関への相談方法 | （どんな行動やどんな症状があった時に受診を勧めるとよいか） |
| その他 |  |

**※**状態の変化によるかかりつけ医からの再受診の依頼にはできる範囲で優先的に診療をする。