

問 診 票 ④

記入日： 年 月 日

記入者： 父 ・ 母 ・ その他()

わかる範囲でご記入ください

- ◆ 本日の受診・利用の目的を教えてください

- ◆ 訓練など、これまで利用をお伺いします

☐これまで利用したことがない

☐ 訓練など受けていた → 下の表をご記入ください

これまでの利用			希望されるものに○をつけてください
種類	内容	頻度	
理学療法（PT）		月に 回	
作業療法（OT）			
摂食訓練			
言語療法（ST）			
通園（集団療育）			
その他			

- ◆ 福祉制度の利用はありますか？

☐身体障害者手帳 級

☐愛の手帳（療育手帳）級

☐精神障害者保健福祉手帳 級

☐計画相談 ☐訪問診療（在宅診療） ☐訪問看護 ☐訪問リハビリ

□その他（ ）

次のページに続く

◆ 現在の通院先を教えてください

- ① _____ 病院・センター _____ 科 月・年 _____ 回
- ② _____ 病院・センター _____ 科 月・年 _____ 回
- ③ _____ 病院・センター _____ 科 月・年 _____ 回
- ④ _____ 病院・センター _____ 科 月・年 _____ 回
- ⑤ _____ 病院・センター _____ 科 月・年 _____ 回
- ⑥ _____ 病院・センター _____ 科 月・年 _____ 回

◆ 現在の所属先を教えてください

_____ 幼稚園 ・ 保育園 ・ 学校

◆ 発達検査（新版K式、田中ビネー検査など）を受けたことはありますか？

☐ なし

☐ あり → いつ（ 年 月 日） 検査名（ ）

◆ お聞きになりたいこと

☐ 診断名を知りたい ☐ 対応を知りたい ☐ その他（ ）

◆ ほかにご相談しておきたいことがありましたらご記入ください

ありがとうございました。