

発達相談問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 _____ 続柄 (_____)

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	ヵ月
お名前		生年月日	(西暦)	年	月	日
診察券番号						
住所						
電話番号	(自宅)	(携帯)				
園名 学校名	支援級・通級・加配・その他 (_____)					

★ご相談されたいことはどのようなことですか

★お子さんの状況をお聞かせください

発達検査を1年以内に行っていますか？ (はい・いいえ)

その検査結果をお持ちですか？ (はい・いいえ)

今までに他の施設で相談されたことはありますか？ (はい・いいえ)

相談された施設があればどちらですか？ (_____)

・把握しておくべき家庭状況を教えてください。(離婚・大きな環境の変化など)

・診療にあたり配慮すべきことがございましたらお伝えください。

ご記入ありがとうございました。

前原外科・整形外科 小児科
小児科 TEL0562-92-5130