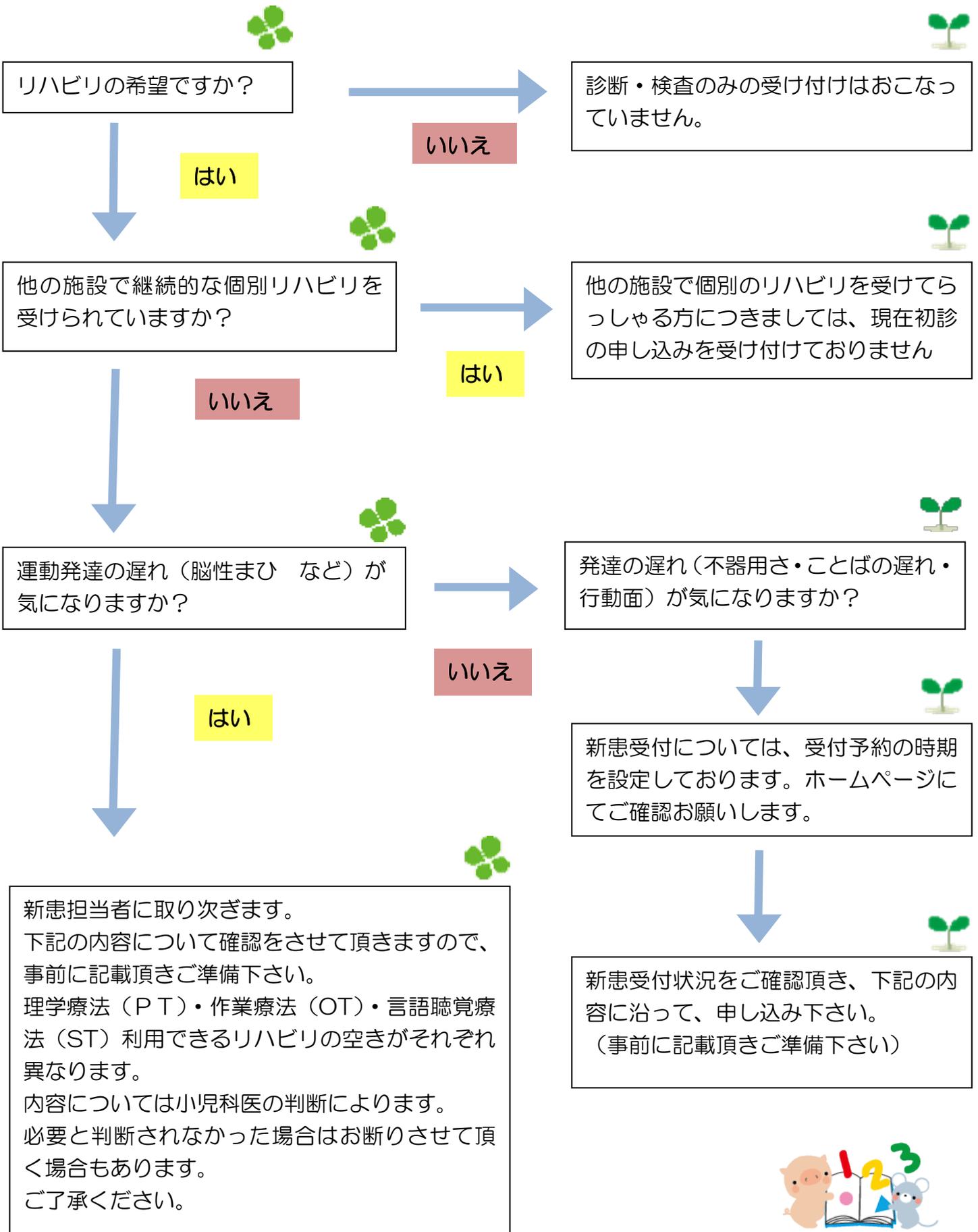




# 初診問合せと相談手順について



※ 下記の内容に沿って、お聴き取りさせていただきますので、事前に記載頂きご準備下さい

●こども（患者様）の名前を教えてください

名前（ ）誕生日（平成 年 月 日）

年齢（ ）

●電話番号（連絡先） 連絡先は2か所お願いします

①（ ）

②（ ）

●現在通っている保育園・幼稚園・小学校はありますか？

（ ）

●現在、通っている病院はありますか？

（ ）

●どこの病院で診断を受けましたか？（診断名もお聞かせください。）

例） 自閉症 発達障害

[ ]

●現在、療育機関・支援機関が提供する活動の場に参加されていますか？

※ 集団の療育などに参加されている場合でもお伝えください。

[ ]

●現在の困りごとについてお聞かせください。

例） こどもへの関わり方がわからない

ことばの遅れ、構音障害、吃音によってコミュニケーションで困っている

手先の動き、協調性運動の発達の遅れがある

集団での生活についていけない 等・・・

[ ]

●当院でのリハビリで希望する事はありますか？

例） 言葉の訓練をしたい

お出かけの時にパニックになりやすいから訓練したい

不器用さがあるため訓練をしたい 等・・・

[ ]

※ 10分から15分程度のお時間で聞き取りさせていただきます。