

診療情報提供書

年 月 日

三重県立子ども心身発達医療センター
 児童精神科 初診担当医 あて

医療機関所在地
 医療機関名
 医師氏名
 連絡先

患者	氏名			
	生年月日	(歳)	性別	
	住所		電話番号	
紹介目的 (症状等)	<input type="checkbox"/> ことばの遅れ <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 多動・注意集中困難 <input type="checkbox"/> 学習困難 () <input type="checkbox"/> 極端な不器用さ <input type="checkbox"/> かんしゃく <input type="checkbox"/> 集団行動の苦手さ <input type="checkbox"/> こだわり <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 登園登校しづらい <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> チック症状 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 家族機能の課題 <input type="checkbox"/> その他 ()			
病名				
既往歴 家族歴				
生育歴	胎生期異常 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 周産期異常 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 出生時週数 (週) 出生体重 (g) 合 視 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 呼名反応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人見知り <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 後追い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 共同注視 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ことば：始語 (歳 ヶ月) 二語文 (歳 ヶ月) 三語文 (歳 ヶ月) コミュニケーション <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一方的 その他 () 歩行：始歩 (歳 ヶ月) 感覚過敏： <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 嗅覚			
状況	園での様子：加配の先生 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 集団行動、友人関係などについて記載して下さい			
	学校での様子： <input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 学習困難 (具体的に)、集団行動、友人関係などについて記載して下さい			
発達検査結果				
現在の処方				
市町等関係 部署との連携 状況	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			
備考	<input type="checkbox"/> センター受診後の逆紹介可			