

熊本県こども総合療育センター 事前問診票2

児童名()
 記入者名()

記入日 令和 年 月 日

*センター記入者()

1	相談したい内容 現在のお子さんの様子について、気になることや困っていることなど、具体的にお書きください。		
2	受診までの経過 いつ頃から、どのような症状があり、どこに相談し、どのような対応を受けたか、お書きください。	<ul style="list-style-type: none"> • いつ頃から • どのような症状 • どこに相談 • どのような対応を受けたか 	
3	保育所・幼稚園 学校 集団での状況や、お友達との関わりなど、園や学校の先生からお聞きしていることがあればお書きください。 ※情報提供書のセンターへの送付を依頼してください。	園名 : _____ _____ 年 月～入園 学校名 : _____ _____ 年 月～入学	【園での様子】 【学校での様子】

4	療育機関	事業所名： _____	【療育での様子】
	児童発達支援事業所や放課後等デイサービスを利用されていますか。 利用されている場合、 ・いつから ・どのくらいの頻度で ・親子療育か単独療育か ・療育での様子 についてお書きください。 ※情報提供書のセンターへの送付を依頼してください。	いつから： 年 月～ 月に 回利用 親子療育 or 単独療育 今後利用予定の方 利用申請手続き中 なし あり 利用開始日 令和 年 月 日	
5	医療機関	医療機関名： _____	【受診の状況】
	センター以外の医療機関で訓練や発達検査を受けていますか。 診療情報提供書（紹介状）が必要です。	いつから： 年 月～ 内容： OT ・ ST ・ PT ・ その他 検査名： _____ 検査時期： 歳 ヶ月	
6	添付資料 (有 ・ 無)	【有の場合】	
7	連絡している関係機関：		
	上記のほか、センター受診することを伝えている関係機関があればお書きください。		
8	その他：		
	その他当センターに伝えておきたいことがあればご記入ください。 【備考】		

ご協力ありがとうございました