

# 心身障害児総合医療療育センター小児科初診申込書

お子さんの氏名	ふりがな	性別 男・女	西暦			受付担当者記入欄
	漢字氏名		年	月	日生	
申込者様のお名前	漢字氏名	続柄	歳			
			ヶ月			
現住所	〒					
連絡先	第1希望	(自宅/携帯/その他)				
	第2希望	(自宅/携帯/その他)				
	★連絡可能な時間帯 : ~ :					

1. お子さんの病名や障害名を教えてください。

2-1. 医療的ケアはありますか? 有・無

2-2. 「有」の場合、どのようなケアが必要か教えてください。

- ①気管 切開: 無・有 (単純・分離)
- ②人工呼吸器: 無・有 (機種 使用時間帯 )
- ③酸素: 無・有 (マスク・カメラ L 使用時間帯 )
- ④吸引: 無・有 (頻度 )
- ⑤吸入: 無・有 (頻度 )
- ⑥経管栄養: 無・有 (経鼻・胃瘻・腸瘻)
- ⑦導尿: 無・有 (頻度 )
- ⑧その他: ( )

4. 当センターで希望されていることについて以下に○をつけてください。

診察(治療)・療育相談・リハビリ・通園・短期入所・その他( )

3. お子さまについて相談されたいことを教えてください(詳細は小児科アンケートにご記載いただいても結構です)

5. 当院受診の際、医療機関からの紹介状が必要となります。初診日までに紹介状をご準備下さい。

紹介元の医療機関: / 科 医師名

6. 在宅療養支援体制についてお伺いします(許可なくこちらか問い合わせをすることはありません)。

①利用している医療機関名を教えてください(訪問診療も含む)

医療機関名	受診目的	頻度(回/月)

②利用している在宅サービス(訪問看護/リハ・訪問介護・デイサービス等)について教えてください

事業所名	内容	頻度(回/週)

③通学(保育園・幼稚園・学校)先や行政サービスについて教えてください

通学先(支援級・加配の場合はその旨記載下さい)	頻度
事業所名(障害福祉担当・計画相談等)	担当者

7. 化学物質アレルギーの職員がおりますので、参考までにお使いの洗剤についてお尋ねします。お子さん、ご家族が利用されている洗濯洗剤・柔軟剤の銘柄を教えてください。