

心身障害児総合医療療育センター小児科初診申込書

受診者 (お子さま)の お名前	ふりがな 漢字氏名	性別	男・ 女	西暦 年 月 日生 歳 ヶ月	受付担当者記入欄
申込者の お名前	漢字氏名 (ふりがな)	続柄			
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. お子さま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。 ※受診に際して配慮が必要なことがあれば書き加えて下さい。					
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・カヌラ 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: ()					
3. 当センターで希望されていることについて以下に○をつけて下さい。					
診察 (治療) ・ 療育相談 ・ リハビリ ・ 通園 ・ 短期入所 ・ その他 ()					
4. 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 (許可なくこちらから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・通園・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。					
④同居しているご家族の方を教えてください。 ※父母・兄弟・姉妹 等					