

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	性別 男・女	西暦	受付担当者記入欄
	漢字氏名		年 月 日生	
申込者の お名前	漢字氏名 (ふりがな)	続柄	歳	ヶ月
	〒			
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 : ()

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)

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

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。