

# 外来訓練申込票

令和 年 月 日記

ふりがな 氏名	生年月日 H・R 年 月 日 (才)			性別	男・女
所属	(園名・校名)		加配(有・無)	支援級(有・無)	
住所	〒( - )				
電話	自宅	-	携帯	-	-
家族	氏名	続柄	年齢	職業・学校	
身体障害者手帳	[有・無・申請中] ( 級) (障害名: )				
療育手帳	[有・無・申請中] [A・B1・B2]		精神保健福祉手帳	[有・無・申請中] ( 級)	
健康保険	[有・無・申請中]		医療証	[有・無・申請中] ( 級)	
診断名			診断された機関(医師)	( 医師)	
			時期	年 月 頃	
既往歴	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> その他( )				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				

これまで継続的にかかられた医療機関(かかりつけ医等)・リハビリ機関

医療機関名	科目名	主治医氏名	初診	通院頻度
			年 月	
			年 月	
			年 月	
リハビリ機関名	科目名	療法士氏名	初診	通院頻度
			年 月	
			年 月	
			年 月	

1. 今回の受診はどなたが決められましたか ( )
2. 今回ご相談したい内容をご記入ください  
( )
3. その内容は、いつ、どなたが気付かれましたか  
( )
4. その内容について、今までどのように対応してこられましたか  
( )
5. お子様のことで相談にのってもらえる人や機関があればお書きください  
( )
6. 希望する訓練に☑を入れてください 理学療法 (PT) 作業療法 (OT) 言語聴覚療法 (ST)
7. ご都合の合わない曜日があれば☑を入れてください 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜