

# 発達相談申し込み票

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)	
自宅住所	〒(      )				
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"/> なし <input type="checkbox"/> あり(      )				
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(      )				

これまで発達の相談に訪れた医療機関・保健福祉施設・療育施設など

施設名	科目名	担当者名	相談時期	備考
			年 月	
			年 月	
			年 月	

1.当院を受診するまでの経過をお書きください

2.現時点でお困りのことやご相談内容をご記入ください

## 服薬

薬の名前	服薬回数	量	処方された医療機関
	1日 回(朝・昼・夕・寝る前)	mg	
	1日 回(朝・昼・夕・寝る前)	mg	
	1日 回(朝・昼・夕・寝る前)	mg	
アレルギー-	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(      )		