

PEERS 初診チェックリスト

患者様のお名前：

学 校 名：

以下の質問項目①～③の全ての項目にあてはまる場合は、一般外来の初診にご案内します。かかりつけ医がいる場合は、紹介状をお願いします。初診申し込みまでに間に合わない場合は、プログラム開始までをお願いします。

初診の時点で間に合わなくてもプログラム開始前までにいただければ大丈夫です。

以下の質問項目①～③について、当てはまる項目がある場合は、右側の「回答」欄に○をつけてください。

質問項目	回答
① 小学校 6 年生、中学生、高校生のいずれかです	
② 子ども自身が友だち作りを学びたい気持ちがあります	
③ かかりつけ医がいる場合は、プログラム参加の許可を得ています	

PEERS へのご案内が難しい場合は、他のプログラムの紹介、または主治医病院での継続加療を提案致します。

* 外来スタッフ記入欄

- ・ 予約日：_____
- ・ 患者区分：[当院通院中 / 院外（紹介あり） / 院外（紹介なし）]
- ・ 主治医・紹介元名：_____（院内は主治医名のみ）