

大阪精神医療センター 児童思春期外来 初診申込書

【ご家族・患者様が記入いただく様式です】

【郵送先住所】 〒573-0022

大阪府枚方市宮之阪3丁目16-21

大阪精神医療センター 児童思春期外来「初診申込係」

患者様のお名前	ふりがな		性別	男・女	平成 令和	年	月	日生
	漢字 氏名				歳	ヶ月	学年	
保護者のお名前	漢字 氏名		ふりがな				患者様 との 続柄	
自宅 住所	〒							
電話 番号	★ご予約後、当院から確認等のお電話を差し上げることがあります。その際の連絡先を教えてください。							
	電話番号	①	(自宅)	②	(携帯)	【続柄		
その他の 連絡先	自宅以外の連絡先や連絡に関し、ご希望があればご記入ください。(連絡先/電話番号/その他の事項等)							
患者様 について	当センターでしてほしいこと/ 希望されることは何ですか。(□にチェックをしてください。)							
	<input type="checkbox"/> 発達障がいの診断を希望される方(小学6年生まで) <input type="checkbox"/> 一般初診を希望される方(下記の具体的な項目にもチェックをし、必要事項を記入してください) <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療(希望される方は○で囲んでください 入院/お薬) <input type="checkbox"/> ひまわり合宿への参加 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)							
困っていること、気になること、具合の悪いことをお書きください。								
それはいつ頃ごろからですか。きっかけがあれば記入してください。								
兄弟姉妹の中で児童思春期外来の受診歴がある方がいれば教えてください 名前: ふりがな: 主治医:								
発達障がいの診 断をご希望され る方のみお答え ください	発達検査・心理検査の受診歴についてお答えください。 <input type="checkbox"/> 発達検査・心理検査を受けたことがない <input type="checkbox"/> 発達検査・心理検査を受けたことがある(下記項目にもお答えください) ※検査結果は添付可 検査受診日(年 月 日) 検査場所() 検査結果()							

※記載いただいた個人情報診療目的以外には利用いたしません。

※一度ご提出いただいた書類はお返しできません。

①「児童思春期外来 初診申込書」

②「診療情報提供書(紹介状)」 ※一般初診ご希望の方については必ず医療機関からの診療情報提供書(紹介状)をご用意ください

③「返信用封筒(長形3号)94円切手を貼って下さい」 の①~③を右上住所までご送付ください。