

大阪精神医療センター 児童思春期外来 初診申込書

記入日 年 月 日

【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」

【ご家族・患者様が記入いただく様式です】

患者様のお名前	ふりがな				性別	男・女	平成 年 月 日生		
	漢字氏名						歳	ヶ月	学年
保護者のお名前	ふりがな漢字氏名①		患者様との続柄		ふりがな漢字氏名②		患者様との続柄		
自宅住所	〒								
電話番号	★ご予約後、当センター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てご希望があれば記入してください。(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。(口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"/> 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、当センターの児童思春期外来の受診歴がある場合は教えてください。 <input type="checkbox"/> 同じ主治医を希望する 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() ※申し込み後は、出来る限り発達検査・心理検査を受けることをお控えください。								
キャンセル案内	急遽キャンセルが出た場合、スケジュール調整が可能な方のみチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 希望する								

確認! 3点そろっています

※記載いただいた個人情報診療の目的以外には利用いたしません。※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)」 ※一般初診を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)」に94円切手を貼り、住所を記入してください。①②③を右上の住所へ郵送してください。