**診療情報提供書**

年　　月　　日

三重県立子ども心身発達医療センター

　児童精神科　初診担当医　あて

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　（　歳　） | 性別 |   |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 紹介目的（症状等） | [ ] ことばの遅れ　　[ ] 発達の遅れ　[ ] 多動・注意集中困難　[ ] 学習困難（ 　　）　[ ] 極端な不器用さ　[ ] かんしゃく　[ ] 集団行動の苦手さ　　[ ] こだわり　[ ] 暴言・暴力　　　[ ] 登園登校しづらい　　[ ] 睡眠障害　　[ ] チック症状[ ] 自傷　　　　　　[ ] 家族機能の課題　　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 病名 |  |
| 既往歴家族歴 |  |
| 生育歴 | 胎生期異常　[ ] 有（　　　　　）[ ] 無　　周産期異常　[ ] 有（　　　　　）[ ] 無出生時週数（　　　　　　週）　　　　出生体重（　　　　　　　　g）合視　[ ] 有　　[ ] 無　　呼名反応　[ ] 有　[ ] 無　　　人見知り　[ ] 有　[ ] 無後追い　[ ] 有　　[ ] 無　　共同注視　[ ] 有　[ ] 無ことば：始語（　歳　ヶ月）　二語文（　歳　ヶ月）　三語文（　歳　ヶ月）コミュニケーション　[ ] 可　　[ ] 不可　　[ ] 一方的　　その他（　　　　　　）歩行：始歩（　歳　ヶ月）　　感覚過敏：[ ] 聴覚　　[ ] 視覚　　[ ] 触覚　　[ ] 嗅覚 |
| 状況 | 園での様子：加配の先生　[ ] 有　　[ ] 無　集団行動、友人関係などについて記載して下さい |
|  |
| 学校での様子：　[ ] 普通学級　　　[ ] 特別支援学級　　　[ ] 特別支援学校学習困難（具体的に）、集団行動、友人関係などについて記載して下さい |
|  |
| 発達検査結果 |  |
| 現在の処方 |  |
| 市町等関係部署との連携状況 | [ ] 有　（　　　　　　）[ ] 無 |
| 備考 | [ ] センター受診後の逆紹介可　 |