**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 | | |