**こども・思春期外来　申込書（ご家族用）**　記入日　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 性別　男　・　女 | 生年月日平成・令和　　年　　月　　日（　　歳） |
| 所属（学校・園名） | クラス　　年　　組（通常・特支） | 記入者（続柄）　　　　　　　　　　　　　（　　　） |
| 自宅住所　〒 | 電話番号　※平日日中の時間帯で、連絡が取りやすい連絡先をご記入下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　） |
| 家族構成※ご家族で当院を受診されている方はいらっしゃいますか？　　はい　・　いいえ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. 当院の受診を希望する理由（困っていること、気になること）は何ですか？それはいつ頃からですか？
2. 誰が受診を希望（判断）されましたか？

３．ご家族・ご本人は受診についてどう考えていますか？（ご本人が来院できない可能性が高い場合、受診をお受けすることが難しい場合があります。受診が必要と判断した方と十分にご相談ください。）

**※現段階でのご本人の受診希望や同意　　有　・　無**

1. 学校には相談されていますか？その結果はどうですか？

５．当院に希望されることは何ですか？

1. 同じ内容で今までにどこかに相談・受診したことはありますか？スクールカウンセラーや相談機関などへの相談歴、医療機関受診歴、乳幼児健診結果、心理検査の実施の有無などについてお書きください。

|  |  |
| --- | --- |
| 相談歴　　有　・　無　　　　継続中機関・内容・結果療育歴　　有　・　無　　　　継続中機関・内容・結果 | 医療機関受診歴　　　有　・　無病院名病名・診断名服薬　有　・　無紹介状　有　・　無※紹介状・診療情報提供書を必ずご準備ください。 |
| 健診結果〇乳幼児健診　指摘あり・なし内容・経過〇就学時健診　指摘あり・なし内容・経過 | 心理検査等の実施　　　有　・　無実施時期実施理由実施機関検査名結果報告書　　有　・　無※心理検査とは：医療機関・児童相談所・教育委員会の巡回相談等で行う、個別の知能検査や発達検査のことです。 |

※こども・思春期外来申込書（教育機関用）と合わせてご送付下さい。一度ご提出いただいた書類はお返しできません。

**〒997－8510　山形県鶴岡市北茅原13－1**

**山形県立こころの医療センター　「こども・思春期外来」担当者宛　　申込書在中**