

小児科再診患者問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 名前()

✿ 通っている園、学校名を記入してください。

[]

✿ 通っている療育教室名、放課後デイサービス名と回数・内容を記入してください。

[]

✿ 前回受診から今回の受診まで、お子様の様子はどうですか。

[]

✿ 今回の受診で主に相談したいことは何ですか。(当てはまる箇所に チェック と ○ をお願いします。)

- 日常生活について (食事・睡眠・排泄・衣服・言葉・運動・娯楽(テレビ・YouTube・ゲーム)・癪癩)
- 園・学校生活について (不登校・友人トラブル・学習・癪癩・加配の必要性・支援学級の必要性)
- 福祉サービスについて (療育・放課後デイサービス・療育手帳・特別児童扶養手当)
- 内服薬について (繼続・中止・副作用の相談・効果が得られない・薬を始めたい)
- リハビリ・検査について (リハビリを受けたい・心理検査を受けたい)
- その他 ()
- 特になし

✿ 療育手帳は取得されていますか。

- いいえ
- はい (A1・ A2・ B1・ B2) 取得日: (R 年 月 日)
次回取得予定月: (R 年 月)

● 本日希望される書類があればご記入ください。

- 診療情報提供書 宛先() 使用目的()
- 福祉サービス
- 特別児童扶養手当(更新)
- その他

* 就学後の方のみお答え下さい

✿ 今後の受診について、ご希望される方にチェックを入れてください。

- 書類等、必要時の診察
- 定期的な診察

※次回受診までに記入していただき、受診日に必ずご持参ください。

奈良県総合リハビリテーションセンター 2025.10.15作成