

言語外来 問診表(小学生)

当院の言語外来は現在大変混みあっております。ご希望の方には、耳鼻科での診察を受けて頂いた上、キャンセル待ちをしていただきます。
 なお、他の療育機関や医療機関で訓練を既に受けておられる方は、当院での訓練は併用できませんので、ご注意ください。

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	S H	年	月	日
氏名	男・女			()	()	歳
連絡先	自宅 () <input type="checkbox"/> 携帯 () <input type="checkbox"/>	←優先する連絡先にチェックしてください				

カルテNO.()

該当するものにチェックしてください

- 聞こえが気になる
- ことばが遅い(現在のことばの状態)
- ことばが不明瞭(具体的に)
- どもる
- コミュニケーションがとり辛い
- 全体的な発達が気になる
- その他

具体的に

- ダウン症候群 自閉症 広汎性発達障害
- その他診断名 _____

診断された病院・施設名 _____

発達検査を行ったことがありますか?ある方は検査名がわかればチェックしてください。

- ない
- あるが検査名まではわからない
- 新版K式発達検査 構音検査 WISC-ⅢまたはⅣ発達検査
- ITPA 遠城寺式乳幼児分析的発達検査 その他 ()

所属 _____ 幼稚園・保育所・小学校・その他

相談歴 _____ (医療機関・公的相談機関など)

当院をどのようにお知りになりましたか _____

予約希望曜日・時間帯(1時間単位)来院可能な時間に○をつけてください

	9時	10時10分	11時20分	12時30分	15時	16時10分	17時20分
月曜							
火曜							
水曜							
金曜							

	9時	10時10分	11時20分	12時30分
土曜				

現在受付中止

- ご連絡は 早くみてもらいたいので、当日でも連絡が欲しい
 前もって連絡が欲しい
 時間帯指定あり (AM PM 時～ 時)