

弘前大学医学部神経科精神科 児童思春期外来へご紹介いただくときのお願い

※当児童思春期外来対象は中学生までです。

2019年4月から弘前大学医学部神経科精神科外来は完全予約制、原則紹介制となりました。現在、当児童思春期外来は他県からの受診も多く、大変込み合っております。お子様たちがスムーズに受診できるよう、ご迷惑をおかけしますが、以下の手順でご紹介をお願い致します。事前に診療情報書提供書の中に以下の4点についてご記入お願いいたします。また、当科の間診票（未就学児用と就学児用があります）を貴院からご家族の方に事前に手渡していただき、ご家族の方がご記入後、貴院の診療情報書と共に、当科受診の手続き時にFAX送付をお願いいたします。ご協力どうぞよろしくお願い致します。

【紹介受診の流れ】

児童思春期外来日は
月・水・金曜日です

未就学児発達外来日は
木曜日です

① 紹介医療機関から弘前大学医学部附属病院総合患者支援センターに「FAX診療申込書」「診療情報提供書」「保護者の間診票」の3つをFAXで送信する

② 総合患者支援センターから紹介医療機関に「新患予約確認票」をFAXで送信する

③ 紹介医療機関から患者さんの保護者に受診予定日を連絡し、FAX送信した新患予約確認票を渡す。その際にこれまで行われた検査などあれば、そのコピーもご家族に手渡し、初診日持参するよう伝える

④ 患児とご家族は受診予定日に本院①窓口で「FAX診療申込書」と「新患予約確認票」を提示し初診受付を行う

お申し込み先 FAX : 0172-39-5338

受付時間 FAX : 24時間自動受付
TEL : 平日8:30~17:00

外来予約支援部門 TEL 0172-39-5464、0172-39-5173

診療情報書内に以下の4点のご記入をお願いいたします

- ① 今回受診となった事で貴院を初診された日時
- ② 上記で、貴院もしくは前医が行った検査内容とその結果
(未施行であれば、「検査なし」とご記入ください)
- ③ その事に対して処方された薬
(途中で処方薬を変更された場合は、その日時の情報も御記載ください)
- ④ それ以外の症状で、定期的に貴院で御加療されている症状があれば、
その疾患名と処方薬内容。

ご家族に当日当外来までご持参したいいただきたい物

- ① 保険証、「FAX診療申込書」、「新患予約確認票」
- ② 診療情報書と間診票の原本
- ③ これまでに行われた検査結果や画像のコピー
- ④ 母子手帳、お薬手帳 (あれば)
- ⑤ 成績表・身体測定の記録など。

弘前大学医学部神経科精神科 児童思春期外来問診票（小学～中学生用）

質問がたくさんありますが、この資料をもとに、よりよい診療を受けていただけるよう準備をしたいとおもいますので、事前に問診票への御記載をお願いいたします。ご協力どうぞよろしくお願いいたします。
何も問題がない場合には「なし」、わからない所があれば「不明」とご記入ください。

No1

記入日 20 年 月 日

お子様のお名前

生年月日 年 月 日（ 歳 か月）

今の学年： 学校 年生

このアンケート用紙を記載される方のお名前： お子様との御関係（ ）

お子様のご相談したいことを、下記の枠内に具体的にご記入ください（足りなければ別紙にお書きください）。

※お困りのことがいつごろから始まったかについてもご記入をお願いいたします。

ご家族についてお知らせください。（同居されている方は口にチェックをお願いいたします）。

	年齢	ご職業	ご病気の既往あればご記入下さい
<input type="checkbox"/> 父	歳		
<input type="checkbox"/> 母	歳		
<input type="checkbox"/> ご兄弟	歳		
<input type="checkbox"/> ご兄弟	歳		
<input type="checkbox"/> ご兄弟	歳		
<input type="checkbox"/> 父方祖父	歳		
<input type="checkbox"/> 父方祖母	歳		
<input type="checkbox"/> 母方祖父	歳		
<input type="checkbox"/> 母方祖母	歳		

最近のお子様の様子をお知らせください

食欲（あり、少ない、その他）

偏食（なし、あり→苦手な食べ物をお書きください）

食物アレルギー（なし、あり→）

排便（ 回/日）

睡眠 就寝時間（ ） 起床時間（ ）

No2

□お子様のあかちゃん時代のことをお知らせください。

- お子さんを見ると、視線がよくあいましたか (はい・まあまあ・いいえ)
お子さんに微笑むと、微笑み返しがありましたか (はい・まあまあ・いいえ)
お子さんはあやすと笑いましたか (はい・まあまあ・いいえ)
抱っこは好きでしたか (はい・まあまあ・いいえ)
夜泣きが多かったですか (はい・まあまあ・いいえ)
大人しくて手がかかりませんでしたか。 (はい・まあまあ・いいえ)
栄養方法は主に何がメインでしたか (母乳・混合栄養・人工乳)
飲みっぷりはよかったですか (はい・まあまあ・いいえ)
離乳食は カ月から開始し、その後の問題 (なし・あり) 偏食 (なし・あり)

□お子様のこれまでの健診で診察医から何か指摘のあった健診はありましたか

- 生後1か月健診 (指摘なし・未受診・指摘あり→)
生後4か月健診 (指摘なし・未受診・指摘あり→)
生後7か月健診 (指摘なし・未受診・指摘あり→)
生後10か月健診 (指摘なし・未受診・指摘あり→)
1歳半健診 (指摘なし・未受診・指摘あり→)
3歳健診 (指摘なし・未受診・指摘あり→)
5歳児健診 (指摘なし・未受診・指摘あり→)

□お子様はこれまで、発達障害と診断されたことがありますか

いいえ・はい (自閉スペクトラム症・注意欠如多動症・)

□これまでお子様が利用された所にチェックを入れ、通われている所の名前と利用していた年齢を教えてください

- | | | | |
|----------|--------|-----|-----|
| □保育園：園名 | 利用開始年齢 | 歳から | 歳まで |
| □幼稚園：園名 | 利用開始年齢 | 歳から | 歳まで |
| □小学校：校名 | | | |
| □中学校：校名 | | | |
| □療育施設：名前 | 利用開始年齢 | 歳から | 歳まで |
| □言語教室：名前 | 利用開始年齢 | 歳から | 歳まで |
| □その他： | 利用開始年齢 | 歳から | 歳まで |

※はいの方にお聞きします。

園での集団生活での友人関係はお子様にとっていかがでしたでしょうか →問題 (なし・あり)

園の先生からの指摘はこれまで、何かあったことがあるでしょうか→指摘 (なし・あり)

ありの方にお聞きします。どんな事を指摘されたでしょうか。以下の枠内にお書きください。

小学校について当てはまる所にチェックをお願いします。

【問題なし・不登校・遅刻・いじめ・喧嘩・トラブルが多い・集団に入れない・多動で落ち着かない・

友達が少ない・こだわりが多い・学校についてあまり話をしない・先生からの問い合わせが多い

その他気になること（

中学校について当てはまる所にチェックをお願いします

（小学生の方は未記入のままです）。

【問題なし・不登校・遅刻・いじめ・喧嘩・トラブルが多い・集団に入れない・多動で落ち着かない・友達

が少ない・こだわりが多い・学校についてあまり話をしない・先生からの問い合わせが多い・

その他気になること（