

(様式2)

情報提供書 (医療機関→こども発達相談センター)

情報提供先: 大津市こども発達相談センター

記載日 年 月 日

紹介元医療機関名	医師氏名
----------	------

下記の児童について紹介します。

ふりがな 児童名	生年月日	年 月 日
直近の診察日	年 月 日	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 発達の偏りや遅れが疑われるため <input type="checkbox"/> 心因性やストレス関連症状について(※器質的疾患の除外、身体管理は医療機関でお願いします) <input type="checkbox"/> 保護者の相談(発達や子育て)にのってほしい <input type="checkbox"/> 学校や園と連携して親子をサポートしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	
特記すべき こどもの姿	【行動面、感覚面】 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 衝動性が高い <input type="checkbox"/> 注意が散りやすい <input type="checkbox"/> 不登校、登校しぶり <input type="checkbox"/> 感覚過敏が顕著 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【コミュニケーション面】 <input type="checkbox"/> 言語発達の遅れ <input type="checkbox"/> 言われていることの意味を理解しづらい <input type="checkbox"/> 場の雰囲気を感じづらい <input type="checkbox"/> 会話の疎通性がわるい <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【学習面】 <input type="checkbox"/> 低学力 <input type="checkbox"/> 読み書きに時間がかかる <input type="checkbox"/> 一斉指示が聞き取れない <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【情緒面、認知思考面】 <input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> 融通がきかない、こだわりが強い <input type="checkbox"/> イライラ、癇癪が目立つ <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他の情報	※家庭の状況、校園との関係、既につながっている他の医療機関や相談機関など。	