

発達検査・連携外来をご希望の方へ

申込日 年 月 日

申込方法 下記の欄に必要事項をご記入の上、FAX または郵送にてお申してください。
受付次第、当院担当者よりご連絡を差し上げます。

- お子さんの氏名 (歳)
- ご家族の氏名 (続柄:)
- 住所
- 電話番号 (日中連絡のとれる)
- お子さんの生活状況について (必須)
 - 現在の所属 なし 幼稚園 (保育園) 小学校 (年生)
 - サポートの有無 なし あり (加配対応 ・ 通級指導教室 ・ 支援学級)
- 専門機関によるサポートについて (必須)
 - 発達相談・診療を受けている医療機関の有無 なし あり
あり に該当の方
 - 診断名 () (時期: 年 月頃)
 - 服薬の有無 なし あり (お薬の種類:)
- 当外来でご相談したいことはどのような内容ですか?

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

当外来の予約枠は限られているため、お申込みの経緯やお困りの点を事前にお聞きした上で、正式な受理を判断させていただきます。あらかじめご了承ください。

送付先 〒533-0024 大阪市東淀川区柴島 1-7-50 FAX : 06-6320-6308
淀川キリスト教病院 小児科 公認心理師 出崎 躍 宛