

発達外来（1日コース）の受診をご希望の方へ

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込ください。
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 小児科臨床心理士 出崎 躍 宛