**受診相談票に関して**

**診断や支援・治療にはご家庭以外の環境でのお子さんの様子を知ることも重要となります。**

**当院の医師やスタッフが通学先に適切な情報共有と支援を行えるように、保護者の同意の下で学校に情報提供をお願いしております。**

**情報提供の内容に関しては、様式内の空欄を必ずしも埋めていただく必要はございません。ご協力いただける範囲で情報提供をお願い致します。**

 **保護者と内容をご確認いただいた上で、診察日当日に保護者がご持参いただくようお願い致します。**

**受診相談票（学校用）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　学校 | ➡ | ポルタクリニック | **作成日** | 年　　月　　日 | 作成者： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりなが** |  | **生年月日** | 　　年　　月　　日（　　歳） |
| **氏名** |  | ☐ 　男　/　☐ 　女 | **学年** | 年　 |
| **所属** | ☐ 通常学級　　（在籍クラスの人数　　　人）☐ 特別支援学級（　☐ 知的 ・ ☐ 自閉/情緒 ）　　　　 （在籍クラスの人数　 　 人） | **各種障害者手帳の有無（等級、対象疾患など）** |
| ☐ あり（　　　　　　　　　　　　　　　）☐ なし　・　☐ 不明 |

|  |
| --- |
| **学校の主訴（意向・希望）** |
|  |
| **本人の主訴（意向・希望）** | **家族の主訴（意向・希望）** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1．紹介となった理由について（こどもの状態と相談したいこと）**

|  |
| --- |
| **※学校側が病院受診に期待したいことがあれば、具体的にご記入ください（例：特別支援学級を勧めたいが保護者は希望していない、学校へ行き渋りがある、学習に苦手さ・つまずきがある等）。** |

**2．受診・相談・案内のきっかけ**

|  |
| --- |
| 　☐ 本人からの相談　　　　☐ 保護者からの相談　　☐ 学校から保護者に勧めた　☐ 学校以外の施設等の支援機関から勧められた（機関名：　　　　　　　　　　　　　　　） |

**3．受診・相談・案内を希望する理由や目的（該当する□を選択し, ☑にする）**

|  |
| --- |
| ☐ 学習面　　☐ コミュニケーション　　☐ 言葉の発達　　☐ こだわり　　☐ 感覚過敏☐ 運動発達　☐ 多動・衝動性　　　　　☐ 生活習慣　　　☐ かんしゃく　　☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**４．これまでの経過（医療機関等の受診歴, 就学前・就学時の状況, 発達に関する経過等について）**

|  |
| --- |
|  |

**5．学校内で受けている指導・支援内容など**

|  |
| --- |
| **※出席状況、学習状況を含む** |

**上記の内容について、保護者にご確認の上、☑をお願いします。****□　本校児童（生徒）の受診に際し、上記の内容について、ポルタクリニックへ情報を提供します**。 |