

医療機関用チェックシート

貴院の患者さまが、発達障害者支援センターを利用することになりました。つきましては、ご本人様の状況について下記にご記入頂きますよう、ご協力お願い致します。

患者様のお名前: _____

1. 診断名

2. 具体的な症状や特性、二次障害の有無など

3. 告知の有無(☑をお願いします)

有り【本人 家族 その他()】 無し

4. 心理検査

検査名: _____ 実施日: _____

結果

* 可能でしたら、検査結果の添付をお願い致します。

5. 処方されている薬

6. その他、必要な支援や配慮点など

ご連絡先

ご担当医: _____ (ご記入日: R 年 月 日)

連絡先: _____