

児童思春期外来 受付相談票

紹介機関	機関名		担当者	
	連絡先			
対象児童名 (A)	ふりがな		性別	
	名前	生年月日	年 月 日	
		年齢	歳 (就学前/小・中・高 年)	
保護者名		(A)との関係		

1. 現在の状況 保護者とは現段階でどのような話し合いをされていますか？

- 受付相談票を渡してもよいと同意を得ている ⇒ 同意を得ているため、詳細を記載して頂けると参考になります
- 当院を紹介するか紹介機関での検討段階である ⇒ 個人情報に留意した上で情報を記載してください

2. 紹介となった・紹介を検討している理由や経緯

3. ケースの概要

4. 現在受けている支援内容

5. 備考

※【説明事項】 ご確認頂き、チェックをお願いします。 確認しました

- ・同意を得ている場合、相談票以外にも添付資料等がありましたら参考となりますので添付してください。
- ・**相談票の提出により初診予約が確定するものではありません。** 予めご了承ください。
- ・お客様の状況によりましては、当院以外の相談機関を案内する場合があります。
- ・当院での受診対象とならなかった場合、送られた資料につきましては個人情報を保護するため破棄等の対応をさせていただきます。