

# 言語外来 問診表

当院の言語外来は現在大変混みまっております。ご希望の方には、耳鼻科での診察を受けて頂いた上、キャンセル待ちをしていただきます。  
 なお、他の療育機関や医療機関で訓練を既に受けておられる方は、当院での訓練は併用できませんので、ご注意下さい。

		記入日	年	月	日	
ふりがな		生年月日	H・R	年	月	日
氏名	男・女		( )	( )	歳	
連絡先	自宅 ( )	←優先する連絡先にチェックしてください				
	携帯 ( )					

カルテNO.( )

該当するものにチェックしてください

- 聞こえが気になる
- ことばが遅い (現在のことばの状態 )
- ことばが不明瞭 (具体的に )
- どもる
- コミュニケーションがとり辛い
- 全体的な発達が気になる
- その他

具体的に

- ダウン症候群       自閉症       広汎性発達障害
- その他診断名 \_\_\_\_\_

診断された病院・施設名 \_\_\_\_\_

発達検査を行ったことがありますか？ある方は検査名がわかればチェックしてください。

- ない
- あるが検査名まではわからない
- 新版K式発達検査       構音検査       WISC-IVまたはV発達検査
- ITPA       遠城寺式乳幼児分析的発達検査       その他 ( )

所属 \_\_\_\_\_ 幼稚園・保育所・小学校・その他

相談歴 \_\_\_\_\_ (医療機関・公的相談機関など)

◎当院の診察時間内で連絡がつながりやすい時間帯をご記入ください

- いつでもよい
- 希望曜日       月    火    水    金    土 (午前中のみ)
- 希望時間      ( ) 時ごろ

予約希望曜日・時間帯 (1時間単位) 来院可能な時間に○をつけてください

	8時45分	9時50分	10時55分	12時00分	14時30分	15時35分
月曜						
火曜						
水曜						
金曜						

	8時45分	9時50分	10時55分	12時00分
土曜				

現在受付中止