

発達外来紹介票についての説明書

1. 南九州病院のホームページより紹介票を印刷してください。
2. 印刷後に在籍している保育園・幼稚園・小学校・中学校へ持参し記入依頼してください。
3. 保育園・幼稚園・小学校・中学校で記載後に保護者サインを記入し、かかりつけ病院の医師のサインをもらってください。
4. かかりつけ医のサインまで記載出来たら、当院受診予約日 3 日前までに直接総合受付又は小児外来窓口を持参されるか、南九州病院 小児外来医局宛に郵送してください。

不明な点がございましたら南九州病院小児科へご連絡ください。月曜日から金曜日までの 13 時から 16 時のあいだにご連絡をいただけたら説明いたします。

〒899-5293

鹿児島県始良市加治木町木田 1882

南九州病院 小児医局

紹介票 / 情報提供書

在学してる園、学校にて記載してもらってください。 作成日 年 月 日

(様式1)

紹介機関/情報提供機関			
機関名 (園・学校・ 施設等)	南九州幼稚園	紹介者/ 情報提供 書 (職名)	南 太郎 (教員)
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 始良市加治木町〇〇-〇	連絡先	000-0000-0000

ご本人について			
(フリガナ)	ミナキユウシュウ ハナコ	性別	女の子
子どもの 氏名	南九州 花子	生年月日 (年齢)	令和1 年 1 月 1日生 (5 歳)
(フリガナ)	ミナキユウシュウ ミツオ	住所	始良市加治木町〇-〇〇〇
保護者 氏名	南九州 三男	連絡先	000-0000-0000
	続柄(父)		
園・学校・ 施設等名	南九州幼稚園	学年・組	南組
園・学校 施設等の 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 始良市加治木町〇〇-〇	園・学校・ 施設等の 連絡先	000-0000-0000
在籍	通常の学級 ・ 特別支援学級(情緒) ・ 通級指導教室()		
現在利用 している 病院・ 療育機関	療育(〇〇〇〇)		

(様式2)

記載例

相談内容			
主訴 (相談したいことを具体的に)	・落ち着きがなく椅子に座っていることができない。 ・集団行動ができない。 など保育園・幼稚園・小学校・中学校、ご家庭での困っていることを記載ください。		
子どもの 実態と 支援		実 態	現在行っている支援
	学習面 (文字、数、 描画等)	文字の読み書き、国語や算数など保育園・幼稚園・小学校・中学校での点数や理解力など詳細に記載してください。	少人数クラスでの授業を受けているや、教員が1人付き添い指導しているなど
	生活面 (食事、排 泄、着替え 等)	食事摂取状況、トイレでできているか、拭き取りができるのか、給食や更衣、トイレでの排泄動作について詳細に記載してください。	1人で摂取するも途中から介助して摂取する。トイレのふき取りは見守りを行っているなど
	情緒面 (かんしゃく、 不安等)	大人数での活動時に固まってしまう。発表時に発言できずに泣いてしまう。クラスに入ることができないなど詳細に記載してください。	個別で対応し集団へは入れるように声掛けをしているなど
	対人関係社会性 (言葉、集団参加 等)	年齢より言葉数が少なく相手に伝えることが苦手である。集団での行動ができず、輪から離れて過ごしているなど詳細に記載してください。	友達とトラブルになったときの対応、集団へはいるためにどう促しているかなど
	健康面 (病気、服薬 等)	学校に行く前に腹痛になることが多い。眠たいときは学校に行きたがらない。服薬はない。など詳細に記載してください。	体調が悪くなった場合の対応、園、学校での服薬方法など
	運動面 (歩行、手指 の動き等)	体育での授業の様子や、工作時の様子など詳細に記載してください。	個別にルールを説明している、運動は友達と同じようにできているなど
子どもの 得意なこと 好きなこと	ブロックで作成することが得意である。絵を描くことが好きで休み時間も書いている。計算が早くできる。自分より小さいこと接することが上手であるなど。		
その他 【健診の結果、 心理検査 (NRT、WISC 等)の結果]	健診での指摘はありません。学校でWISCをしています。など		

【始良市様式2023-3版】

上記の内容を確認後、①、②、③について同意した上で保護者は署名してください。

①「紹介票/情報提供書」をかかりつけ医に提出し、意見及びサインを記入してもらうこと。

②「紹介票/情報提供書」を南九州病院に提出すること。

③受診前及び受診後に、紹介機関、医療機関、これまでに関わりのあった発達支援機関が必要な情報を共有すること。

保護者氏名記入し、かかりつけ医を受診し意見、サインをもらってください。

保護者氏名(自署)

南九州 三男

かかりつけ 医の意見	令和○ 年 ○月 ○日 医師のサイン ○○ ○○
---------------	--------------------------

紹介票 ／ 情報提供書

作成日 年 月 日

(様式1)

紹介機関/情報提供機関			
機関名 (園・学校・施設等)		紹介者/ 情報提供書 (職名)	()
住所	〒	連絡先	

ご本人について			
(フリガナ)		性別	
子どもの 氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 生
			(歳)
(フリガナ) 保護者 氏名		住所	
		連絡先	
園・学校・施設等名		学年・組	
園・学校施設等の住所	〒	園・学校・施設等の連絡先	
在籍	通常の学級 ・ 特別支援学級() ・ 通級指導教室()		
現在利用している 病院・療育機関			

(様式2)

相談内容			
主訴 (相談したい ことを具体的 に)			
子どもの 実態と 支援		実 態	現在行っている支援
	学習面 (文字、数、 描画等)		
	生活面 (食事、排 泄、着替え 等)		
	情緒面 (かんしゃく、 不安等)		
	対人関係社会性 (言葉、集団参加 等)		
	健康面 (病気、服薬 等)		
	運動面 (歩行、手指 の動き等)		
子どもの 得意なこと 好きなこと			
その他 【健診の結 果、心理検査 (NRT、WISC 等)の結果】			

【始良市様式2023-3版】

上記の内容を確認後、①、②、③について同意した上で保護者は署名してください。

①「紹介票/情報提供書」をかかりつけ医に提出し、意見及びサインを記入してもらうこと。

②「紹介票/情報提供書」を南九州病院に提出すること。

③受診前及び受診後に、紹介機関、医療機関、これまでに関わりのあった発達支援機関が必要な情報を共有すること。

保護者氏名(自署)

かかりつけ 医の意見	年 月 日 医師のサイン
---------------	--------------