

JA 高知病院 発達相談問診票

| | | | |
|---|------------------|---------------------|-----|
| ふりがな ※お子さんの氏名 | | | ※性別 |
| 所属学校、幼・保 | | | |
| 家族構成 | | | |
| ※受診のきっかけを 教えてください。 | | | |
| ※いつ頃から、お子 さんのどんなこと が気になりました か？ | | | |
| ※今、お子さんのど んなことが気にな りますか？ | | | |
| ※お子さんの、これ からも伸ばしたい ことは何ですか？ | | | |
| ※今までの発達をお 聞かせください。 | 意味のある単語が出 た時期 | 例) ママ、ジュース、アンパンマンなど | |
| | ひとりで歩き始めた 時期 | | |
| ※ご記入いただいた 方の氏名 | | | ※続柄 |

- ※の項目は必ず記入ください。
- 郵送か直接外来にお持ちください。
- 郵送される方は右の住所を切り取り封筒に貼付してください。
- 予約確定後、早めにお届けください。

〒783-8509

高知県南国市明見中野 526-1

JA 高知病院 小児科外来 行

問診票在中