発達障害診療初診前アセスメント申込書

申込年月日 年 月 日

医療機関名	
所在地	〒 - (結果を郵送します)
電話番号	- -
担当医名	

対象患者について

フリガナ 患者名	様 (未成年の場合保護者名 様)
電話番号	- - ※ 心理検査の日程調整のためにお電話しますので、日中に連絡のつきやすい番号をご記載ください
住所	〒 -
生年月日・年齢・性別	年 月 日(歳) 男 ・ 女
同伴者	検査時に同伴できる人 : あり (患者との関係性:) ・ なし
主訴・依頼理由	現時点で疑われる診断名 : ASD ・ ADHD ・ どちらも ・ その他()
備考欄	

申し込みにあたって以下の項目に当てはまるかをチェックしてください

☐ 対象患者にアセスメントの流れの概要(実施場所等)を説明した ☐ 対象患者はこれまで発達障害と診断されたことはない ☐ 対象患者は過去1年以内に心理検査(知能検査・発達検査)を受検していない ☐ 対象患者は言葉によるコミュニケーションがとれる ☐ 対象患者は1時間半程度(未就学・小学校低学年の場合は1時間程度)の検査に取り組むことができる
--

<p>* 注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、アセスメントは、堺市立健康福祉プラザ内で行います (受付は、3階の堺市発達障害者支援センターです) 2、アセスメントの所要時間は、3時間程度です(場合によって前後しますので、十分にご予定をあけておいてください) 3、アセスメントは、火曜午前(10時から)、水曜午後(14時から)に実施します 4、結果については、医療機関に郵送しますので、直接、患者さんに連絡したり、報告したりすることはありません 5、アセスメント内容は、心理検査とアセスメント面接(主訴および現病歴、生育歴、家族歴等の聴取)です 6、心理検査については、所定のテストバッテリーの実施となります 原則として、テストバッテリーの指定は受け付けられません
--

申し込みFAX番号 : 072-278-8112