

	氏名	性別	生年月日	年齢	所属
対象者	@患者氏名@	@性別@	@生年月日@	@年齢@ 歳	
保護者					
住所	@住所@		電話番号	@電話番号@	
相談内容	診断名：@病名①@ @病名②@ @病名③@ @病名④@ @病名⑤@				
R 年 月 日 記入者 ()					
備考					

来院証明書

@患者氏名@ 様 (@生年月日@生) が、@窓口日付@に、来院されたことを
証明します。

@窓口日付@

尼崎市若王寺2丁目18番6号

尼崎市子どもの育ち支援センター

いくしあ診療所 院長 大東 寧代 ⑩

兵庫県立尼崎総合医療センター

《外来診察》 予約依頼票

FAX送信先：(06) 6480-7721 地域医療連携

※(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)
お問い合わせは、電話：(06) - 6480-7720までお願いいたします。

申込日 年 月 日

「0」発信 希望診療科に も記入	循環器 内科	腎臓 内科	糖尿病 内分泌 内科	呼吸器 内科	総合 診療科 (内科)	消化器 内科	膠原病 リウマチ 内科	脳神経 内科	もの忘れ 外来	泌尿 器科	皮膚科	漢方 内科	歯科 口腔 外科	小児科	小児 7レギ- 科
	小児 循環器 内科	心臓 血管 外科	血液 内科	呼吸器 外科	乳腺 外科	外科・ 消化器 外科	整形 外科	脳神経 外科	形成 外科	婦人科 産科	耳鼻 咽喉科	眼科	小児 外科	放射線 治療科	

希望医師 : 無
 : 有 (_____ 医師)

希望受診日 : ① 当日
 ② 明日 (平日)
 ③ _____ 月 _____ 日
 ④ 希望日なし

医療機関名：いくしあ診療所
医師名：@診療医師名@
所在地：尼崎市若王寺2丁目18番6号
TEL：06-6430-9922
FAX：06-6409-4298

患者様の状況

ご紹介元医療機関にて外来待機中
 帰宅されている
 入院中 (退院後受診 入院中受診)

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ @かぎやま@ (旧姓) @患者氏名@	生年月日	@生年月日@ (@年齢@ 歳)	@性別@
住所・ 電話番号	〒@郵便番号@ @住所@ TEL @電話番号@			
当院への 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券番号： _____) <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明			
紹介目的	1. 診察 2. 転院問合せ ★入院の場合：開放型病床共同利用の希望 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 主訴・病名 ★ 必ずご記入ください ★ (@診断名@) ※ 診療情報提供書は、出来上がり次第、FAXをお願いします。 ※ 当日受診・明日(平日)転院依頼の場合は、同時に診療情報提供書のFAXをお願いします。			
当日来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
持参資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X P ・ <input type="checkbox"/> C T ・ <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 内視鏡 ・ <input type="checkbox"/> 超音波 ・ <input type="checkbox"/> 心電図)			

経過要約

@窓口日付@

カルテ番号	@患者番号@	@カルテ番号@
患者氏名	@患者氏名@	
患者住所	@住所@	性別 (@性別@)
電話番号	@電話番号@	
生年月日	@生年月日@ (@年齢@歳)	所属 ()
薬剤禁忌	@アレルギー(薬物)@	アレルギー @アレルギー(その他)@
食物禁忌	@アレルギー(食物)@	

傷病名 @病名①@ @病名②@ @病名③@ @病名④@ @病名⑤@			
初診日	紹介元	終診日	紹介先 @紹介医療機関名@
既往歴			
家族構成			
家族歴			
生育歴			
初診までの経過			
経過			
検査所見			
今後の方針			
備考			

診 断 書

住 所： @住所@

氏 名： @患者氏名@ （@性別@）

@生年月日@ 生

病 名 @病名 1 @

上記の通り診断致します

@窓口日付@

@所在地 1@

@所在地 2@

尼崎市子どもの育ち支援センター いくしあ診療所

医 師： @診療医師名(外来・正)@ (印)

診療情報提供書

@窓口日付@

紹介先医療機関等名 @紹介医療機関名@

担当医 @紹介科@ @紹介医師@先生 御侍史

紹介元医療機関の所在地 : @所在地 1@

@所在地 2@

医療機関名 : 尼崎市子どもの育ち支援センター
いくしあ診療所

医師氏名 : @診療医師名(外来・正)@

㊞

フリガナ @患者カナ氏名@

患者氏名 @患者氏名@ (@性別@)

患者住所 @住所@

電話番号 @電話番号@

生年月日 @生年月日@ (@年齢@歳) 所属 @職業@

1.傷病名

@病名 1@ @病名 2@ @病名 3@ @病名 4@ @病名 5@ @病名 6@

2.紹介目的

3.既往歴及び家族歴

4.経過・検査結果など

5.現在の処方

6.備考

診療情報提供依頼書

@窓口日付@

依頼先医療機関等名 @紹介医療機関名@
担当医 @紹介科@ @紹介医師@先生 御侍史

紹介元医療機関の所在地 : @所在地 1@

@所在地 2@

医療機関名 : 尼崎市子どもの育ち支援センター
いくしあ診療所

医師氏名 : @診療医師名(外来・正)@

④

フリガナ @患者カナ氏名@

患者氏名 @患者氏名@ (@性別@)

患者住所 @住所@

電話番号 @電話番号@

生年月日 @生年月日@ (@年齢@歳) 所属 @職業@

1.傷病名

@病名 1@ @病名 2@ @病名 3@ @病名 4@ @病名 5@ @病名 6@

2.依頼目的

3.経過

4.備考

証 明 書 (療育手帳申請用)

受診者氏名 @患者氏名@

生年月日 @生年月日@

住 所 @住所@

○ 知的障害の有無 (概ね 18 歳未満までに発現していたことの有無)

知的障害 有 ・ 無

基礎疾患 ()

合併症状

1 精神面 有 ・ 無

2 身体面 有 ・ 無

○発達障害の有無 (概ね 18 歳未満までに発現していたことの有無)

発達障害 有 ・ 無

診断名 ()

※ 受診者が 18 歳以上の場合、概ね 18 歳未満までに障害が発現したと診断された根拠となる事項を記載してください。

現在、上記のとおりであることを証明します。

@窓口日付@

病院、診療所の名称

尼崎市子どもの育ち支援センター いくしあ診療所

所在地 〒661-0974 尼崎市若王寺 2-18-6

TEL 06-6430-9989

医師氏名 @診療医師名(外来・正)@ 印

診療科名 小児科

障害児通所支援利用にかかる要否について

児童の 保護者	氏名		生年月日	
	@被保険者カナ氏名@		@資格取得日@	
	@被保険者@			
居住地	@郵便番号@ @住所@ (@電話番号@)			
対象児童	氏名		続柄	生年月日
	@患者カナ氏名@		@続柄@	@生年月日@
	@患者氏名@			

サービス 利用に かかる要 否の理由	
-----------------------------	--

障害者支援課長 様

@窓口日付@

機関名

〒661-0974 尼崎市若王寺 2-18-6

尼崎市子どもの育ち支援センター いくしあ診療所

@診療医師名(外来・正)@ 印

障害児通所支援とは

- 児童発達支援（ただし、医療型を除く。）
未就学の障害児に対し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技術の付与、集団生活への適応訓練等を行う。
- 放課後等デイサービス
就学している障害児に対し、放課後や休業日に生活能力の向上の為に必要な訓練等を行う。
- 保育所等訪問支援
保育所等に通う障害児に対し、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を行う。

提出先

○JR 神戸線より北部にお住まいの方

尼崎市北部保健福祉センター北部障害者支援課（塚口さんさんタウン1 番館内）

TEL 06-4950-0374 / FAX 06-6428-5118

○JR 神戸線より南部にお住まいの方

尼崎市南部保健福祉センター南部障害者支援課（出屋敷リベル内）

TEL 06-6415-6246 / FAX 06-6430-6803

いくしあ（子どもの育ち支援センター）予約票

氏名：@患者氏名@ 様

予約日	予約時間	予約種別	備考
@次回予約日@	@次回予約時間@	@対応者@	
@次々回予約日@	@次々回予約時間@	@対応者@	

【お問い合わせ】

子どもの育ち支援センター「いくしあ」

〒661-0974 尼崎市若王寺2-18-6

TEL 06-6430-9922 FAX06-6409-4298