

情報提供フォーム（関係機関記入用）

ご紹介元・関係機関の方にご記入いただく様式です。お分かりになる範囲で結構です。不明な項目は「不明」で構いません。
個人情報の取扱いには十分配慮し、受診の準備と連携のためにのみ使用します。

記入日	年 月 日
ご記入機関	ご記入者（職種・氏名： ）
ご連絡先	TEL： / FAX：
本児との関わり	年 月 ～ （ ）

お子さんについて

お名前	（ふりがな： ）
生年月日 / 性別	年 月 日（ 歳 ヲ月） ☐ 男 ☐ 女 ☐ その他
所属	学校・学年／園：
現在の生活の場	☐ 自宅 ☐ 児童養護施設 ☐ 一時保護所 ☐ 里親宅 ☐ その他（ ）
同居家族・キーパーソン	

1. ご相談の主訴・きっかけ

例：不登校が続いている、気持ちの落ち込み、対人関係、生活の乱れ等 ― どんなことでお困りか

2. これまでの経過・関わり

いつ頃から（ ） 通学の状況 ☐ 登校できている ☐ 断続的 ☐ 行けていない

これまでの支援・関わり（機関・内容）

3. 医療の関与・発達／検査

これまでの受診 ☐ なし ☐ あり（医療機関： 診断名など： ）

現在の服薬 ☐ なし ☐ あり（ ） アレルギー・持病（ ）

発達面の指摘 ☐ なし ☐ あり ☐ 不明（ ）

検査歴（機関・時期・結果が分かれば： ）

4. 気になる様子（あてはまるものに ✓）

☐ 気分の落ち込み・不安 ☐ いらだち・興奮 ☐ 睡眠の乱れ ☐ 食事の問題 ☐ 対人関係の難しさ

☐ こだわり・感覚の敏感さ ☐ 学習面のつまずき ☐ 退行 ☐ 身体の不調の訴え

☐ 過覚醒・警戒心の強さ ☐ フラッシュバック様のエピソード ☐ 解離様症状

☐ 愛着の課題（無差別的な親密さ・抑制的・試し行動） ☐ 自傷 ☐ 性化行動

☐ その他（ ）

補足

5. 安全に関する確認

自傷・自殺に関する言動 ☐ なし ☐ あり ☐ 不明（ ）

他害・暴力 ☐ なし ☐ あり ☐ 不明（ ）

虐待の懸念 ☐ なし ☐ あり ☐ 不明 児童相談所の関与 ☐ なし ☐ あり（ ）

緊急性 ☐ 急いで対応が必要と感じる ☐ 通常の範囲

※ 急ぐ場合は、この用紙をお送りいただくのとあわせて、お電話でもご一報ください。

6. 児童相談所・要保護児童対策地域協議会が関与している場合のみ

措置・支援の状況 ☐ 一時保護中 ☐ 施設入所 ☐ 里親委託 ☐ 在宅指導 ☐ 通所 ☐ その他

虐待種別 ☐ 身体的 ☐ 心理的 ☐ ネグレクト ☐ 性的 / ☐ 疑い ☐ 認定 初回通告時期（ ）

要対協での検討 ☐ あり（最終 年 月） ☐ なし

面会交流の有無・頻度・本児の反応／養育者の状況で共有しておきたいこと

7. ご本人・ご家族の受診への気持ち

ご本人の受診の意向 ☐ 前向き ☐ 迷っている ☐ 受診は難しそう ☐ 不明

ご家族の相談の希望 ☐ 希望されている ☐ 迷っている ☐ 不明 同伴の可否 ☐ 可 ☐ 要調整

ご本人が来院できそうか ☐ 可能 ☐ 難しい（往診等の検討） ☐ 不明

8. 連携について

ご希望の関わり方 ☐ 継続して診てほしい ☐ 見立て・助言がほしい ☐ まず相談したい ☐ その他

情報共有の同意 ☐ ご本人・ご家族から得ている ☐ これから ☐ 不明 返書 ☐ 要 ☐ 不要

本児への説明の有無・内容／配慮してほしいこと（呼称・苦手なこと・トリガー等）

ご記入ありがとうございました。ご不明な点は下記へお問い合わせください。 医療法人光樹会 たかぎクリニック 児童思春期専門外来

TEL： / FAX：