

# 黒木医師相談・カウンセリング受付票

①

## 【お申し込みについて】

提出日	平成 年 月 日
提出方法	受付窓口 / FAX / 郵送

- ・受付窓口 一般診察時間内に受付窓口へご提出ください
- ・FAX **044(853)0622 神奈川ひまわりクリニック宛**
- ・宛先 〒2160006 神奈川県川崎市宮前区宮前平3-3-26  
神奈川ひまわりクリニック「黒木医師相談担当」宛

## 【相談者様について】

相談者氏名（ふりがな）	男・女	昭・平	年	月	日生
（ 歳）					
住所					
連絡先	自宅		FAX		
	携帯		メール		
※ご希望のご連絡方法や、繋がりやすい時間帯等ありましたらご記入ください					

## 【相談日時について】

相談受付票による相談日時の指定は出来かねます。

相談内容と、「ご希望の曜日・時間帯」を基に、後日こちらから候補日をご連絡致します。

ご希望の曜日・時間帯をご記入ください	
--------------------	--

## 相談・カウンセリング時間

月火水金 午前9：00～12：30 午後14：30～18：00  
土 午前9：00～12：30

（基本相談時間 30分間）

## 【相談内容について】

相談区分

※下記のA～Gの中からお選び下さい（複数回答可）

- (育児相談)      **A.**育児相談      **B.**発育・発達相談      **C.**その他子育てに関する相談  
(遺伝カウンセリング)      **D.**遺伝病の子が生まれないか心配      **E.**原因不明の発達遅れがある  
   **F.**妊娠中の薬やタバコ等の影響が心配      **G.**高齢妊娠や習慣流産について  
   **H.**出生前診断に関する不安や相談      **I.**その他遺伝に関する不安や相談

相談内容詳細

【相談をするにあたり必要なご家族の情報】

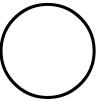
③

相談者本人の場合もご記入ください。

複数名の場合は、全員分の情報を個別にご記入ください。

続柄	氏名（ふりがな）	男・女	昭・平 ( 歳)	年 月 日生 ( 月)
現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかれたことはありますか (はいの場合)			はい	いいえ
傷病名（既往歴） ⇒				
おかけの医療機関名 ⇒				
現在服用中のお薬はありますか (はいの場合)			はい	いいえ
薬剤名 ⇒				
アレルギーはありますか (はいの場合)			はい	いいえ 不明
アレルギー ⇒				
女性の方にお聞きします		現在妊娠していますか		はい  いいえ
		授乳中ですか		はい  いいえ

続柄	氏名（ふりがな）	男・女	昭・平 ( 歳)	年 月 日生 ( 月)
現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかれたことはありますか (はいの場合)			はい	いいえ
傷病名（既往歴） ⇒				
おかけの医療機関名 ⇒				
現在服用中のお薬はありますか (はいの場合)			はい	いいえ
薬剤名 ⇒				
アレルギーはありますか (はいの場合)			はい	いいえ 不明
アレルギー ⇒				
女性の方にお聞きします		現在妊娠していますか		はい  いいえ
		授乳中ですか		はい  いいえ



記入欄不足の場合はこちらの用紙をコピーしてご使用ください  
(右上の○にページ数をお記入ください)

続柄	氏名 (ふりがな)	男・女	昭・平 ( 歳	年 月 日生 ヶ月)
現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかられたことはありますか (はいの場合)			はい	いいえ
傷病名 (既往歴) ⇒				
おかけの医療機関名 ⇒				
現在服用中のお薬はありますか (はいの場合)			はい	いいえ
薬剤名 ⇒				
アレルギーはありますか (はいの場合)			はい	いいえ 不明
アレルギー ⇒				
女性の方にお聞きします	現在妊娠していますか		はい	いいえ
	授乳中ですか		はい	いいえ

---

続柄	氏名 (ふりがな)	男・女	昭・平 ( 歳	年 月 日生 ヶ月)
現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかられたことはありますか (はいの場合)			はい	いいえ
傷病名 (既往歴) ⇒				
おかけの医療機関名 ⇒				
現在服用中のお薬はありますか (はいの場合)			はい	いいえ
薬剤名 ⇒				
アレルギーはありますか (はいの場合)			はい	いいえ 不明
アレルギー ⇒				
女性の方にお聞きします	現在妊娠していますか		はい	いいえ
	授乳中ですか		はい	いいえ

# 黒木医師相談・カウンセリング受付票 (記入例)

①

## 【お申し込みについて】

提出日	平成 26年 2月 1日
提出方法	受付窓口 / <b>FAX</b> / 郵送

← 提出される日付、提出方法をご記入ください

- ・受付窓口 一般診察時間内に受付窓口へご提出ください
- ・FAX **044(853)0622 神奈川ひまわりクリニック宛**
- ・宛先 〒2160006 神奈川県川崎市宮前区宮前平3-3-26  
神奈川ひまわりクリニック「黒木医師相談担当」宛

## 【相談者様について】

相談者氏名 (ふりがな) ひまわり はなこ ひまわり 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日生 ( <input type="radio"/> 歳)		
住所 神奈川県 川崎市 ○○区 ○○○ ○-○○-○				
連絡先	自宅	044-○○○-○○○	FAX	044-○○○-○○○
	携帯	090-○○○-○○○	メール	○○○@○○.ne.jp
※ご希望のご連絡方法や、繋がりやすい時間帯等ありましたらご記入ください 携帯に連絡希望 平日15時以降は繋がります				

↑ 後日、相談日時について、クリニックより相談者様宛にご連絡致します。  
お間違いの無い様ご注意ください。

## 【相談日時について】

相談受付票による相談日時の指定は出来かねます。

相談内容と、「ご希望の曜日・時間帯」を基に、後日こちらから候補日をご連絡致します。

ご希望の曜日・時間帯をご記入ください	平日 (月～金) 16時～18時希望
--------------------	--------------------

## 相談・カウンセリング時間

↑ 相談・カウンセリング時間内でご希望をご記入ください。

月火水金 午前9:00～12:30 午後14:30～18:00  
土 午前9:00～12:30

(基本相談時間 30分間)

## 【相談内容について】

相談区分	A、B	←記号をご記入ください ※下記のA～Gの中からお選び下さい（複数回答可）
(育児相談)	A.育児相談	B.発育・発達相談
(遺伝カウンセリング)	D.遺伝病の子が生まれないか心配	E.原因不明の発達遅れがある
	F.妊娠中の薬やタバコ等の影響が心配	G.高齢妊娠や習慣流産について
	H.出生前診断に関する不安や相談	I.その他遺伝に関する不安や相談

## 相談内容詳細

相談内容・質問内容は出来る限り詳しくご記入ください。

FAXでご提出の場合は、強く（濃く）はっきりとご記入ください。

【相談をするにあたり必要なご家族の情報】

相談者本人の場合もご記入ください。  
 複数名の場合は、全員分の情報を個別にご記入ください。

続柄 本人	氏名 (ふりがな) ひまわり はなこ ひまわり 花子	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	昭・平 <input checked="" type="radio"/> 平	○年 ○月 ○日生 ( ○歳 ○ヶ月)
現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかれたことはありますか (はいの場合) <span style="color:red">既往歴のある場合は時期も合わせてご記入下さい</span>			<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
傷病名 (既往歴) ⇒ 平成23年1月より○○○病にて療養中 おかかりの医療機関名 ⇒ ○○○○医院				
現在服用中のお薬はありますか (はいの場合) <span style="color:red">複数ある場合は、お薬手帳のコピーでも可</span>			<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
薬剤名 ⇒ ○○○錠、○○○カプセル				
アレルギーはありますか (はいの場合) <span style="color:red">薬剤、食物、動物等、お分かりになる場合はご記入ください</span>			<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 不明
アレルゲン ⇒ ハウスダスト、スギ、小麦				
女性の方にお聞きします		現在妊娠していますか		<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
		授乳中ですか		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

続柄 子	氏名 (ふりがな) ひまわり たろう ひまわり 太郎	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	昭・平 <input checked="" type="radio"/> 平	○年 ○月 ○日生 ( ○歳 ○ヶ月)
現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかれたことはありますか (はいの場合)			<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
傷病名 (既往歴) ⇒ おかかりの医療機関名 ⇒				
現在服用中のお薬はありますか (はいの場合)			<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
薬剤名 ⇒				
アレルギー症状はありますか (はいの場合)			<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 不明
アレルゲン ⇒				
女性の方にお聞きします		現在妊娠していますか		<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
		授乳中ですか		<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ