医療法人光樹会　たかぎクリニック　児童思春期専門外来　行

情報提供フォーム　関係機関ご記入用

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。

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

お子さんについて

お名前	ふりがな：	**性別**	☐ 男　☐ 女　☐ その他
生年月日	年　月　日（　歳）	**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　どんなことでお困りか（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）

2. これまでの経過・関わり

いつ頃から	年　月ごろ～	**通学・通園**	☐ 通えている　☐ 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 （内容：　）	**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（具体的な場面・頻度など）		

情報提供フォーム　関係機関ご記入用　(2/2)

お子さんのお名前	

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	**具体的に**	
他害・暴力	☐ なし　☐ あり　☐ 不明	**具体的に**	
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、この用紙の送付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	**区分／初回通告**	☐ 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**	☐ なし　☐ あり 頻度（　　）
養育者の状況 面会時の本児の反応 等			

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	☐ 済（内容：　　）　　☐ 未		
配慮してほしいこと（呼称など）			
その他、共有しておきたいこと			

ご記入ありがとうございました。内容は受診の準備と連携のためにのみ使用します。

【返送先】医療法人光樹会 たかぎクリニック 児童思春期専門外来　京都市中京区御幸町通竹屋町上る毘沙門町 557-2 ACT-K ビル 3 階
FAX：075-254-3078（たかぎクリニック）　TEL：075-746-3011（2026 年 11 月 26 日から）　※外来専用 FAX（075-746-3012）は開通しだいお知らせします