

当院FAX番号(06-4303-5684)  
受診日1週間前までに当院へのFAXをお願いいたします。

### 問診票記入のお願い

当院を初めて受診される方には、医師による予診を兼ねて、ご相談内容等を事前にご記入をお願いしております。

※該当するものには、□を付けてください。

記入日：西暦 年 月 日

記入者：受診者本人 代筆者(関係： )

| 受診される方の氏名           |   | ふりがな |       | 性別         | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|---------------------|---|------|-------|------------|---|
| 生年月日                | 西暦 年 月 日  |      |       | 年齢         | 歳   |
| 職業/学年               | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦(夫) <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 仕事内容( )   |      |       |            |   |
|                     | <input type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> 保育園(所)( 嵩年クラス) <input type="checkbox"/> 幼稚園( <input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長)<br><input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校( 年生) |      |       |            |   |
| 住所                  | 〒 -   |      |       |            |   |
| 連絡先                 | (自宅) - - (携帯) - -<br>ご記入頂いた携帯の番号は ご本人のものですか?<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ( のもの)  |      |       |            |   |
| 家族構成<br>( )人<br>暮らし | 受診される方との関係  | 年齢   | 職業/学年 | 受診される方との関係 | 年齢  |
|                     |   |      |       |            |   |
|                     |   |      |       |            |   |
|                     |   |      |       |            |   |
|                     |   |      |       |            |   |
|                     |   |      |       |            |   |
| 受診のきっかけ<br>※複数可     | <input type="checkbox"/> 自ら受診しようと思った  |      |       |            |   |
|                     | <input type="checkbox"/> 家族・知人からの勧めで(受診される方との関係： )  |      |       |            |   |
|                     | <input type="checkbox"/> 公的機関・医療機関からの勧めで(名称： )  |      |       |            |   |
|                     | 紹介状( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )  |      |       |            |   |
|                     | <input type="checkbox"/> その他( )   |      |       |            |   |
|                     |   |      |       |            |   |

① 受診日にはどなたが来院されますか？（□ 本人 □ 父 □ 母 □ その他）

② ご相談内容を教えてください

（お困りの事について、いつから、どのように等、できるだけ詳しくお書きください）

③ ご相談内容（お困りの事）には、誰がどのように対処をされてきましたか？

④ 医療・相談機関などで、これまでに言わしたことや、治療内容を詳しく教えてください

⑤ もし、そのご相談内容（お困りの事）が落ち着いている時があるならば、それはどんな時ですか？

⑥ 受診される方の「魅力（いいところ）」はどんなところですか？

⑦ 身長( )cm 体重( )kg

⑧ これまでにかかった大きな病気や、アレルギーがあれば教えてください。

いいえ はい(□心臓疾患 □脳疾患 □甲状腺疾患 □腎疾患 □肝疾患 □その他( )  
(□アレルギー: )

⑨ 現在、服用している薬はありますか？

いいえ はい(お薬の名前・用量: )

⑩ ご家族やご親戚で、精神科や心療内科を受診された方はいらっしゃいますか？

いいえ はい(受診される方との関係: 診断名・症状: )

⑪ 受診される方が利用されている福祉資源を教えてください。(複数可)

なし 療育手帳(等級: ) 自立支援医療 精神障害者保健福祉手帳(等級: )  
障害年金(等級: ) 障害児福祉手当 特別児童扶養手当

⑫ 今回の診療で特にご希望されることがあれば教えてください。(複数可)

医師の意見を聞きたい 話を聞いてもらいたい 診断を知りたい  
かかりつけ医を探している 心理検査/発達検査をしてほしい 診断書がほしい  
セカンドオピニオン お薬(処方・必要かの判断)の相談をしたい  
福祉制度(特別児童扶養手当・精神障害者保健福祉手帳・障害年金など)について相談したい  
心理士のカウンセリング、療育(ABA)を受けたい  
その他、ご希望があればできるだけ詳しくお書きください

※ご本人の年齢、症状、状態によってはご希望に添えない場合もございます

⑬ ご予約の日時: 西暦 年 月 日 (曜日) 時 分

注 意 事 項: 予約の変更やキャンセルは、前日(前日が休診日の場合は直近の診療日)のお昼の12時30分までにご連絡ください。当日は予約時間の20分前までにご来院頂き、受付をお済ませください。

当日の持ち物:マイナンバーカードまたは、資格証明書・公費医療証・医療券

お薬手帳・母子手帳・他機関検査結果等、診療の参考になるものをご持参ください。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

## 宋子どものこころ医院の診療・予約システムに関する同意書

当院では、すべての患者様により質の高い診療とサービスを提供するため、下記のシステムを設けております。内容にご同意をいただければ署名をお願いいたします。

- ・ 診療の際には、毎回必ずマイナンバーカード、資格確認書、医療券をご提示ください。尚、加入している保険等に変更がある場合は、事前にお申し出ください。
- ・ 診断書をご希望の患者様には、定期的（少なくとも3か月毎）に診察を受けていただきます。
- ・ 処方薬のご希望や処方箋の期限（4日間）がきた場合は、再度診療を受けていただいてから処方箋をお渡しいたします。
- ・ 未成年者の方（18歳未満）の受診には、原則として保護者様の同伴をお願いいたします。
- ・ 予約の変更やキャンセルは、前日（前日が休診日の場合は直近の診療日）のお昼の12時30分までにご連絡ください。それ以降の予約の変更やキャンセル、予約時間に1時間以上遅刻（連絡の有無にかかわらず）をされると、「連絡なしキャンセル」といたします。「連絡なしキャンセル」が3回あると、予約をお受けできないことがあります。

カウンセリングおよびABAでは「連絡なしキャンセル」や遅刻があった場合、料金を全額お支払いいただきます。尚、遅刻された場合でも時間の延長はできません。

ただし、以下の場合はその限りではありません。

- ① ご家族が代理で来院される場合
  - ② 患者様ご本人、またはご家族の体調不良の場合（その体調に関する医療機関受診の領収書やお薬手帳をお持ちください）
  - ③ 交通事情による場合（当日の遅延証明書をお持ちください。車の渋滞は対象外です）
  - ④ 急な出勤・出席による場合（当院のホームページからダウンロードした出勤・出席証明書に必要事項を記載の上お持ちください）
  - ⑤ 大阪府またはお住まいの地域に警報が出ている場合
  - ⑥ 大阪府またはお住まいの地域の地震などによる天災の場合
  - ⑦ ご家族の不幸による場合
- ・ 「連絡なしキャンセル」をされた場合、当日から数えて4日以内にご連絡がないとすべてのご予約を一旦キャンセルさせていただきます。
  - ・ 「連絡なしキャンセル」が2回までの方については、最後の「連絡なしキャンセル」から1年間継続して、予約システムに基づいて定期的に通院していただければ、回数は0回に戻します。

以上の内容を理解し、同意いたします。

西暦 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

受診者との関係 本人 家族 後見人 支援員 (関係：\_\_\_\_\_)