【成人】

当院FAX番号（０６－４３０３－５６８４）
※問診票と診療・予約システムで４枚セットになっております

問診票記入のお願い

当院での受診が初めての患者様には、医師による診療の前に予診を兼ねて、ご相談の内容等を頂戴しております。

記入日（西暦　　年　　月　　日）
記入者（〇を付けてください）　ご本人 ・ 代筆者（関係：　　）

本日受診される方の　お名前（ふりがな）			男 ・ 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日	年齢	歳
職業			
住所	〒　　―		
連絡先	ご希望の連絡先に〇を付けてください （自宅）　　－　　－　　・　（携帯）　　－　　－ ご記入頂いた携帯の番号は　ご本人のものですか？ はい ・ いいえ （　　のもの）		
家族構成	続柄（年齢・職業・学年など）※同居の方は続柄に〇をしてください 例：３人暮らし (夫)(40・会社員)・(本人)（３８・会社員）・(長男)（１２・小6） (　　)人暮らし		

当院を受診されたきっかけ 該当する番号に 〇を付けてください （ 複数可 ）	１．　自分で受診したいと思った ２．　家族（続柄：　　）に勧められた ３．　知人に勧められた ４．　公的機関（名称：　　）に勧められた ５．　医療機関（名称：　　）に勧められた 紹介状（有・無） ６．　その他（　　）

【成人】

① ご本人の身長（　　）cm　　体重（　　）kg
② 受診当日に来られる方はどなたですか？（本人・父・母・他　　）
③ 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）
④ これまでの医療・相談機関で言われたこと、そこでの治療内容を教えてください （できるだけ詳しくお書きください）
⑤ ご相談内容（お困りの事）に、今まで誰が、どのような対処をされてきましたか？
⑥ 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？
⑦ ご本人の「売り（いいところ）」はどんなところですか？
⑧ これまでにかかったことのある大きな病気やアレルギーはありますか？ いいえ・ はい（心・脳・甲状腺・腎・肝疾患・その他（　　） アレルギー：　　）
⑨ 現在、服薬されていますか？ いいえ・ はい（お薬の名前・用量　　）

【成人】

⑩ ご家族、ご親戚の方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（診断名/症状：　　本人との続柄：　　）

⑪ ご利用されている福祉資源に〇を付けてください。

なし　・療育手帳（等級：　　）・精神障害者手帳（等級：　　）・自立支援医療

その他（　　）

⑫ 今回の診療で特にご希望されることがあれば〇を付けてください（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　・診断書がほしい

・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（所見代 7000 円～　）

・お薬の相談（処方・必要かの判断）をしたい　・セカンドオピニオン

・福祉資源（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）の相談をしたい

・心理士のカウンセリングを受けたい

（初回 60 分 8000 円　・　２回目以降　30 分 4000 円または 60 分 8000 円）

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・キャンセルをされる場合は、前日（前日が休診日の場合は直近の診療日）のお昼 12 時半までにご連絡ください。当日は２０分前にはご来院ください。

当院の個人情報利用に関する同意書

・個人情報につきましては医療提供、診療費請求のための事務、当院の管理運営業務、外部監査機関などへの情報提供に利用する場合があります。

・診療、検査、カウンセリングでは看護師、心理士、研修生が同席する事があります

ご確認の上、ご同意いただけましたら下記に、ご署名をお願いいたします

尚、同意しがたい項目がある場合はお申し出ください

ご本人または代筆者署名　　（関係：　　）

受診日２日前までに当院へ FAX をお願いいたします。FAX が難しい場合は、当日に受付までお持ちください。

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。

【成人】

宋こどものこころ醫院の診療・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、以下のシステムを設けております。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、毎回必ず保険証をご提示ください。尚、保険証等の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）がきれた場合は、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。

・ サポートが必要な方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をされる場合は、前日（前日が休診日の場合は直近の診療日）のお昼の12 時半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（連絡のあるなしに関わらず）をされると、「連絡なしキャンセル」の扱いになります。「連絡なしキャンセル」が３度あった場合は予約をお受けできないことがあります。

ただし、以下の場合にはその限りではありません。

① 代わりにご家族が来院される場合
② 患者様ご本人や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）
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」をされた当日から数えて４日以内にご連絡いただけない場合は、全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です。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診察を受けていただければ０回に戻します。

・ カウンセリング、ABA では上記①～⑦以外の事情での「連絡なしキャンセル」及び遅刻をされた場合、料金を全額お支払いいただきます。また遅刻されても時間の延長はございません。

以上の内容を理解し、同意いたします。

西暦　　年　　月　　日　署名（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名（代筆者）＿＿＿＿＿＿＿＿（関係：　　）