

【성인외래】

① 본인의 신장·체중 신장 () cm 체중 () kg
② 진료당일에 오시는분은 누구입니까? (본인, 부, 모, 기타)
③ 상담내용 (곤란한 일에 관하여, 언제부터, 어떻게, 가능한 자세히 작성해 주세요)
④ 지금까지 의료·상담기관에서 들은내용, 그곳에서의 치료내용 (가능한 자세히 작성해 주세요)
⑤ 상담내용 (곤란한일) 에, 지금까지 누가, 어떤 대책으로 해결 했습니까?
⑥ 만약, 그상담내용 (곤란한일) 이 안정이 될때가 있다면, 그것은 어떠한 때 입니까?
⑦ 본인의 「좋은점」 은 어떤 점입니까?
⑧ 지금까지 큰병을 앓거나, 알레르기가 있습니까? 아니요 · 네 ()
⑨ 현재, 복용하고 있는 약이 있습니까? 아니요 · 네 (약이름과용량)

【성인의래】

<p>⑩ 가족, 친척분중에 정신과나 심료내과 진찰을 받고 계시는 분이 있으신지요? 아니요 · 네 (진단명/증상 : _____ 본인과의 관계 : _____)</p>
<p>⑪ 사용하고 계시는 복지자원에○를 쳐주세요 () 안에 등급을 기입해주세요 없음 · 요육수첩 () · 정신장애자수첩 (등급: _____) · 자립지원의료 (_____) 그외 (_____)</p>
<p>⑫ 이번진료에 특별히 희망을 하는것이 있으면○를 쳐주세요 (중복가능) · 의사의 의견이 듣고싶다 · 이야기를 들어 주었으면 좋겠다 · 진단을 받고싶다 · 주치의를 찾고있다 · 진단서가 필요하다 · 심리검사/발달검사를 받고 싶다(소견료 7 천엔~) · 약에대한상담(처방 · 약의 필요성 판단)을 받고싶다 · 세컨드어피니언 · 심리사의 카운셀링을 받고 싶다 (첫회 60 분 8000 엔 · 2 회이후 30 분 4000 엔 · 60 분 8000 엔) 그외 희망사항이 있으시면 구체적으로 작성해 주세요 (_____) ※본인의연령, 증상, 상태에따라서 대응을 못하는 경우도 있습니다.</p>
<p>⑬ 예약날짜 : 서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일 (_____ 요일) _____ 시 _____ 분 주의사항 : <u>예약의변경 · 취소의경우 전일 (전일이 휴일인 경우 최근의 진료일) 오전 12 시반까지 연락 주시기 바랍니다.</u> 당일은 15 분전에 내원하여 주십시오.</p>
<p style="text-align: center;">저희병원의 개인정보이용의 관한 동의서</p> <p>· 개인정보에 관해서는 의료기관, 진료비청구를 위한업무, 병원관리운영업무, 외부감사기관에 정보 제공을 이용목적 외에는 사용하지 않습니다. · 진료와 검사, 카운셀링에 간호사, 심리사, 연수생이 동석 할 수도 있습니다. 확인한 후, 동의 하시면 서명을 부탁드립니다. 동의가 어려우신 분은 말씀해 주십시오.</p>
<p>본인 또는 보호자 서명 _____ (관계: _____)</p>

번거로우시겠지만 위의 항목을 작성하신후, 진료일 전일까지 저희 병원으로 팩스를 보내 주십시오. 팩스가 어려운 경우 진료 당일 가지고 오십시오.
 협력해 주셔서 감사합니다.

【성인외래】

송아이마음병원의 진료·예약시스템에 관한 동의서

저희 병원에서는 모든 환자들에게 질 높은 의료서비스를 제공하기 위해, 아래와 같은 시스템을 마련하였습니다. 동의해 주시고 서명하여 주시기 바랍니다.

- 월초에는 반드시 보험증을 제시 하여 주시기 바랍니다. 또한 보험증의 변경이 있는 경우는 사전에 말씀해 주시기 바랍니다.
- 진료순서는 예약 시간내에 오신순으로 안내합니다. 다만, 환자의 상태에 따라서 안내하는 순서가 달라질 경우도 있습니다.
- 재진의 진료시간은 환자 한 분당 5-10분입니다.
- 각종진단서가 필요한경우 진찰중 의사에게 사용의 목적, 용도를 직접 말씀해 주십시오. 의사가 필요로 한다고 판단한 경우, 1주일이후의 진찰완료후 받으실 수 있습니다.
- 예약의 변경 및 취소는 전일(전일이 휴진일인경우 최근의진료일)의 오후 12 시반까지 연락해 주십시오. 그 이후의 예약변경, 취소, 예약시간보다 한시간 이상 지각하는경우(연락유무와 상관없이) 「연락없는취소」가됩니다. 「연락없는취소」가 3 번 있을경우 예약을 하지 못하는 경우가 있습니다.

하지만, 아래와 같은 경우는 제외가 됩니다.

- ① 본인대신 가족이 내원한 경우
 - ② 환자본인이나 가족이 아픈경우 (몸이 아픈경우 진찰받은 의료기관의 영수증이나 약수첩을 가져 오시기 바랍니다.)
 - ③ 교통사정에 의한 경우 (당일의 연장증명서를 가져 오십시오)
 - ④ 긴급출근의경우 (저희병원에서 발행하는 출근증명서를 작성하여 가져 오십시오)
 - ⑤ 오사카후 또는 살고 계시는지역에 경보가 발생하였을 경우
 - ⑥ 오사카후 또는 살고 계시는지역에 지진등으로 인한 천재지변의 경우
 - ⑦ 가족의 조사의 경우
- 「연락없는취소」를 한 후 당일로부터 4 일이내에 연락이 없는 경우 모든 예약을 일단 취소하겠습니다.
 - 카운셀링의 경우도 상기①~⑦이외의 사정으로 지각하는 경우 카운셀링의 시간이 짧아 집니다. 카운셀링요금은 「지각」, 「연락없는취소」의 경우 모두 전액을 지불해 주시기 바랍니다.
 - 약의 처방을 희망하는 경우, 4 일간의 처방전기간이 끝나버린경우는 진찰을 받으시고 처방전을 받을 실 수 있습니다.

상기내용을 이해하고 동의 합니다.

서기 년 월 일

서명 (본인) _____

서명 (대리인) _____ (관계: _____)