

【児童思春期外来】

当院FAX番号（06-4303-5684）

※問診票と診療・予約システムに関する同意書の4枚セットでお送りください。

### 問診票記入のお願い

当院では、初めてお越しの患者様には、医師による診察の前に予診を兼ねて、あらかじめご相談の内容等を頂戴しております。

記入者（○をつけてください） ご本人・ご家族（続柄）

本日受診される方のお名前 <small>ふりがな</small>				男・女
生年月日	平成 年 月 日	年齢・学年	歳（ 年生）	
ご住所	〒			
お電話番号	連絡して欲しい方に○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○をしてください			
	例：4人暮らし ④（40・会社員） ⑤（38・主婦）①（12・小6） ②（5・年長）			
当院を受診されたきっかけ	紹介（医療・相談機関名： ） ホームページ（ が探して） 知人に聞いて（ が知人に聞いて） その他（ ）			
紹介状はお持ちですか？	いいえ ・ はい（ ）より			
① ご本人の身長・体重 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 （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 （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、どういう対処をしてきましたか？
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 これまでに大きな病気をされたり、アレルギーなどはありますか？ ない・ある（）
⑨ 現在、服薬されていますか？ いいえ・はい（そのお薬の名前）
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？

いない ・ いる（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○をつけてください。（ ）内は等級をご記入下さい なし・療育手帳（ ）・精神障害者手帳（ ）・自立支援医療 その他（ ）	
⑫ 今回の診察で特に希望されることがあれば○をつけてください（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 ・ かかりつけ医を探している・診断書がほしい・心理検査/発達検査をしてほしい ・ 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 ・ 心理士のカウンセリングを受けたい・心理士の療育（ABA）を受けたい （ 初回 60分 8000円 ・ 2回目以降 30分 4000円 ・ 60分 8000円 ） その他の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：平成 年 月 日（ 曜日） 時 分 注意事項： <a href="#">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）お昼の12時半までにご連絡ください。当日は15分前にはご来院ください。</a>	
<b>当院の個人情報利用に関する同意書</b> ※必ずお読み下さい。 ・ 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の利用目的以外での使用はいたしません。 ・ 当院では看護師、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。 なお、同意しがたい項目がある場合はお申し出ください。	
患者様署名または代筆者署名	（続柄）

お手数をおかけいたしますが、上記必要事項をご記入の上、受診日前日までに当院へFAXしてください。FAXが難しい場合は当日に受付までお持ちください。

ご協力ありがとうございました。

## 【児童思春期外来】

### 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。

- ・ 月初めには必ず保険証をご提示ください。変更になる場合には事前にお申し出ください。
  - ・ 診療の順番は予約時間内で来院順にお呼びします。ただし、患者様の状態によりお呼びする順番が前後することがあります。
  - ・ 診察には看護師、心理士、研修生が同席することがあります。また再診の診察時間は患者様お一人につき5分から10分間です。
  - ・ 各種診断書が必要な場合には診察の中で医師に使用の目的、用途を直接お伝えください。医師が必要と判断した場合にはその次の診察時に受付にてお渡しいたします。
  - ・ 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時間以上遅刻された場合（連絡のあるなしに関わらず）は「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度あった場合に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 急な出勤による場合（当院からお渡しする所定の出勤証明書をお持ちください）
    - ⑤ 大阪府またはお住いの地域に警報が出ている場合
    - ⑥ ご家族の不幸による場合
  - ・ カウンセリングについては上記の①～⑥以外の事情で遅刻された場合にはその時間だけカウンセリングの時間は短くなります。料金については遅刻、「連絡なしキャンセル」とともに全額をお支払いいただきます。
  - ・ お薬の処方をご希望の場合や4日間の処方箋の期限がきた場合には診察をさせていただいてから処方箋をお渡しします。
- 以上の内容を理解し、同意いたします。

西暦                      年                      月                      日                      署名 \_\_\_\_\_