

【아동사춘기외래】

	지인에게 들어서 () 가 지인에게 들음) 그외 ()
소개장이 있습니까?	네 · 아니요 () 부터
① 본인의 신장 · 체중	신장 () cm 체중 () kg
② 진료당일에 오시는분은 누구입니까?	(本人、父、母、他)
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, 어떤대책으로 해 왔는가?	
⑥ 만약, 그상담내용 (곤란한일) 이 안정이 될때가 있다면, 그것은 어떠한 때 입니까?	

【아동사춘기외래】

⑦ 본인의 「좋은점」은 어떤 점입니까?

⑧ 지금까지 큰병을 앓거나, 알레르기가 있습니까?

없음 · 있음 ()

⑨ 현재, 복용하고 있는 약이있습니까?

아니요 · 네 (그약의이름)

⑩ 가족, 친척분중에 정신과나 심료내과 진찰을 받고 계시는 분이 있는지요?

없음 · 있음 (진단명/증상 : 본인과의 관계 :)

⑪ 사용하고 계시는 복지자원^o를 쳐주세요 () 안에 등급을 기입해주세요

없음 · 요육수첩 () · 정신장애자수첩 () · 자립지원의료()

그외 ()

⑫ 이번진료에 특별히 희망을 하는것이 있으면^o를 쳐주세요 (중복가능)

의사의 의견이 듣고싶다 · 이야기를 들어 주었으면 좋겠다 · 세컨드어피니언

심리검사/발달검사를 하고싶다 · 약처방을 원함 · 다른병원의 처방을 조절해주기를 원함

심리사 카운셀링을 받고 싶다 · 심리사의 요육 (A B A) 를 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.

【아동사춘기외래】

⑬예약날짜 : 平成 년 월 일 (요일) 시 분

주의사항 : 예약의변경 · 취소의경우 전일 (전일이 휴일인 경우 최근의 진료일) 오전

12 시반까지 연락 주시기 바랍니다. 당일은 15 분전에 내원하여 주십시오.

예약시스템과 개인정보이용에 관한 동의서

※반드시 읽어주시기 바랍니다.

- 저희병원 홈페이지의 「저희병원시스템에관하여」를 확인과 이해를 부탁 바랍니다.
- 개인정보에 관해서는 의료제공, 진료비청구를 위한사무, 저희병원의 관리운영업무, 외부감사기관의 정보제공등의 이용목적외에는 사용하지 않습니다.
- 저희병원에서는 간호사, 심리사, 연수생이 동석할 경우가 있습니다.

확인후, 동의하시면 서명을 부탁드립니다.

동의하지 않는 항목이 있으시면 말씀해 주시기 바랍니다.

환자분서명 또는 대리인서명

(관계)

번거로우시겠지만 위의 항목을 작성하신후, 진료일 전일까지 저희 병원으로 팩스를 주십시오. 팩스가 어려운 경우 진료당일 가지고 오십시오.

협력해 주셔서 감사합니다.