

병원 FAX 번호 (0 6 - 4 3 0 3 - 5 6 8 4)
진료일 1 주일 전까지 저희 병원으로 FAX 부탁드립니다.

초진 문진표

본원에서는 처음 오시는 환자분들에게 의사의 진찰 전, 상담하시고자 하는 내용을 사전에 기입을 부탁드리고 있습니다.

기입일 : 서기 년 월 일

기입자 : 진료본인 대필자 (관계:)

진료받는 분의 성명				성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
생년월일	서기	년	월	일	연령
직업/학년	<input type="checkbox"/> 회사원 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 주부 (남편) <input type="checkbox"/> 아르바이트 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 그 외 () <input type="checkbox"/> 업무 내용 ()				
	<input type="checkbox"/> 미취학아동 <input type="checkbox"/> 보육원(소) (세반) <input type="checkbox"/> 유치원 (<input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長) <input type="checkbox"/> 초등 <input type="checkbox"/> 중학생 <input type="checkbox"/> 고등학생 <input type="checkbox"/> 대학생 <input type="checkbox"/> 대학원 <input type="checkbox"/> 단대 <input type="checkbox"/> 전문학교 (년생)				
주소	〒 -				
연락처	(자택)	-	-	(휴대폰)	-
기입한 휴대폰 번호는 본인의 것입니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요 (의 휴대폰 번호)					
가족구성 ()인 가족	진료받는 분과의 관계	연령	직업/학년	진료받는 분과의 관계	연령
본원에 오시게 된 계기 ※복수체크 가능	<input type="checkbox"/> 본인이 진찰받고 싶다 생각하여				
	<input type="checkbox"/> 가족 · 지인이 권유하여 (진료받는 분과의 관계 :)				
	<input type="checkbox"/> 공적기관 · 의료기관의 권유 (명칭 :)				
	소개장 (<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무)				
	<input type="checkbox"/> 그 외 ()				

① 진료 당일에 내원 하는 분은 누구십니까? (본인 부 모 그 외)

② 상담내용을 알려 주세요.

(곤란한 일에 관하여, 언제부터, 어떻게 등, 가능한 자세히 작성하여 주세요.)

③ 상담내용(곤란한 일)에 지금까지 누가 어떻게 대처를 해 왔습니까?

④ 의료 · 상담기관 등에 지금까지 들어왔던 것이나 치료내용을 알려주세요.

⑤ 만약, 그 상담내용(곤란한 일)이 안정될 때가 있다면, 그것은 어떠한 때 입니까?

⑥ 진료받으시는 분의 「매력 (좋은 점) 」 을 적어 주세요.

⑦ 신장() cm 체중() kg

⑧ 지금까지 큰 병을 앓거나, 알레르기가 있으면 알려 주세요.

⑨ 아니요 예 (심장질환 뇌질환 갑상선 신장질환 간질환 그 외 ()
(알레르기 :)

⑩ 현재 복용하고 있는 약이 있습니까?

아니요 예 (약 이름·용량 :)

⑪ 가족이나 친척 중에 정신과 진찰을 받고 있는 분이 계십니까?

아니요 예 (진료받는 분과의 관계 : 진단명·증상 :)

⑫ 진료받는 분이 이용하고 있는 복지자원을 알려 주세요. (중복체크 가능)

없음 요육수첩 (등급 :) 자립지원의료 정신장애인복지수첩 (등급 :)
 장애연금 (등급 :) 장애아복지수당 특별아동부양수당

⑬ 이번 진료에 특별히 희망하는 것이 있으면 알려 주세요. (중복체크 가능)

의사의 의견을 듣고 싶다 이야기를 들어주길 원한다 진단을 받고 싶다
 주치의를 찾고 있다 심리검사/발달검사를 원한다 진단서가 필요하다
 세컨드어피니언 약(처방·필요 유무판단)의 상담을 원한다
 복지제도(특별아동부양수당·정신장애인복지수첩·장애연금 등)에 관한 상담을 원한다
 심리사의 상담 요록 (ABA)을 받고 싶다

그 외 희망사항이 있으시면 구체적으로 작성해 주세요.



※본인의 연령, 증상, 상태에 따라서 대응을 못하는 경우도 있습니다.

⑭ 예약 날짜 : 서기 년 월 일 (요일) 시 분

주의사항 : 예약의 변경 또는 취소는 전일 (전일이 휴일인 경우 최근의 진료일)의 오후 12 시 30 분까지 연락 주십시오. 당일은 예약시간의 20분 전에 내원하셔서 접수를 마치시기 바랍니다.

당일 지참물 : 마이넘버카드 또는 자격증명서·공비의료증·의료증

약 수첩·모자수첩·타기관검사결과 등 진료에 참고가 되는 것을 지참해 주십시오.

※본원은 정보의 취득·활용을 통하여, 질 높은 의료 제공을 위해 노력하고 있습니다. 마이넘버카드의 보험증 이용에 협조 부탁드립니다.

송아이마음의원의 진료 · 예약시스템에 관한 동의서

본원에서는 모든 환자에게 보다 질 높은 진료와 서비스를 제공하기 위하여 다음과 같은 시스템을 마련하고 있습니다. 내용에 동의하시면 서명 부탁드립니다.

- 진료 시에는 매번 반드시 마이넘버카드, 자격확인서, 의료증을 제시하여 주시기 바랍니다. 또한, 가입한 보험증 등의 변경이 있는 경우 사전에 말씀해 주시기 바랍니다.
- 진단서 희망 환자분은 정기적 (최소 3개월마다)으로 진찰을 받으셔야 합니다.
- 약처방의 희망이나 처방전 기한 (4일간)이 만료된 경우에는 다시 진료를 받으신 후 처방전을 받을 수 있습니다.
- 미성년자분(18세미만)의 진료는 원칙적으로 보호자의 동반을 부탁드립니다.
- 예약의 변경 및 취소를 하실 경우 전일 (전일이 휴진일인 경우 최근의 진료일)의 오후 12시반까지 연락주시기 바랍니다. 그 이후의 예약 변경이나 취소, 예약시간 보다 한 시간 이상 지각(연락유무와 관계없이)을 하시면 「연락없는 취소」가 됩니다. 「연락없는 취소」가 3번 있을 경우 예약이 불가 할 수 있습니다.

단, 아래와 같은 경우는 제외가 됩니다.

- ① 본인대신 가족이 내원한 경우
 - ② 환자본인이나 가족이 아픈 경우 (몸이 아픈 경우 진찰받은 의료기관의 영수증이나 약수첩을 가져 오십시오.)
 - ③ 교통사정에 의한 경우 (철도회사에서 발행하는 당일의 연장증명서를 가져오십시오. 차로 오시는 경우 교통체증은 제외대상입니다.)
 - ④ 긴급 출근 · 출석의 경우 (본원 홈페이지에서 다운로드 받은 출근 · 출석증명서에 필요한 항목을 기재하신 후 가져오십시오.)
 - ⑤ 오사카후 또는 살고 계시는 지역에 경보가 발생하였을 경우
 - ⑥ 오사카후 또는 살고 계시는 지역에 지진 등으로 인한 천재지변의 경우
 - ⑦ 가족의 조사가 있는 경우
- 「연락없는 취소」를 하신 당일 날로부터 4일이내 연락이 없는 경우 일단 모든 예약이 취소됩니다.
 - 「연락없는 취소」가 2번 발생한 분의 경우입니다. 마지막 「연락없는 취소」로부터 1년간 지속하여 예약 시스템에 따라 정기적으로 통원하시면 0회로 돌려드립니다.

상기내용을 이해하였으므로 동의합니다.

서기 년 월 일 서명 (본인) _____

진료자와의관계 본인 가족 후견인 지원인 (관계 : _____)