【大人外来】

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（本人）（40・会社員）（妻）（３８・主婦）（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．（　　）にすすめられて ２．自分が受診したいと思って ３．（　　）が受診して欲しいと思って ４．ホームページ（　　が探して） ５．知人から聞いて（　　が　　から聞いて） ６．その他（　　）
紹介状はお持ちですか？	いいえ　・　はい（　　）より

【大人外来】

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 これまでに大きな病気をされたり、アレルギーはありますか？ いいえ・ はい（　　）
⑨ 現在、服薬されていますか？ いいえ・ はい（お薬の名前・用量　　）

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。（　）内は等級をご記入ください

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情報提供をする事があります

・診療や検査、カウンセリングでは、看護師または心理士、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：　　）

お手数をお掛けいたしますが、上記必要事項をご記入の上、受診日の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。
ご協力ありがとうございました。

【大人外来】

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。

- 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。

- 再診の診療時間は、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は、診療の中で医師に使用の目的や用途を直接お伝えください。医師が必要と判断した場合は、１週間以降の診療終了後にお渡しいたします。

- 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 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。

- カウンセリングも上記①～⑦以外の事情で遅刻された場合は、遅れた時間だけカウンセリングが短くなります。またカウンセリング料金は「遅刻」、「連絡なしキャンセル」ともに全額をお支払いいただきます。

- 処方のご希望や４日間の処方箋の期限がきれた場合は、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。

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：　　）