

問診票記入のお願い

当院を初めて受診される方には、ご相談内容等を事前にご記入をお願いしております。

※該当するものには、☑を付けてください。

記入日：西暦 年 月 日

記入者：☐ 受診者本人 ☐ 代筆者(関係：)

受診される方の氏名		ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女	
生年月日	西暦 年 月 日			年齢	歳	
学年/職業	<input type="checkbox"/> 未就園児 <input type="checkbox"/> 保育園 / <input type="checkbox"/> 幼稚園 (歳児クラス <input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長) <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校 (学年： 年生) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦(夫) <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 () 仕事内容 ()					
住所	〒 -					
連絡先	(自宅) - -		(携帯) - -			
記入された携帯番号はどなたのものですか？ () のもの)						
家族構成 ()人 暮らし	受診者本人との 関係	年齢	職業/学年	受診者本人との 関係	年齢	職業/学年
	本人	-	-			
受診のきっかけ ※複数可		<input type="checkbox"/> 受診者本人が希望した <input type="checkbox"/> 家族・知人からの勧めで(受診者本人との関係：) <input type="checkbox"/> 公的機関・医療機関からの勧めで(名称：) 紹介状(☐有 ☐無) <input type="checkbox"/> その他 ()				

① 受診日にはどなたが来院されますか？（ 本人 父 母 その他 ）

② 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）

③ ご相談内容（お困りの事）には、誰がどのように対処をされてきましたか？

④ 医療・相談機関などで、これまでに言われたことや、治療内容を詳しく教えてください

⑤ 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？

⑥ 受診される方の「魅力（いいところ）」はどんなところですか？

宋こどものころ醫院の診療・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、下記のシステムを設けております。内容にご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、毎回必ずマイナンバーカード、資格確認書、医療券をご提示ください。尚、加入している保険等に変更がある場合は、事前にお申し出ください。
- ・ 診断書をご希望の患者様には、定期的（少なくとも3か月毎）に診察を受けていただきます。
- ・ 処方薬のご希望や処方箋の期限（診察日含め4日間）がきた場合は、再度診療を受けていただくから処方箋をお渡しいたします。
- ・ 未成年者の方（18歳未満）の受診には、原則として保護者様の同伴をお願いいたします。
- ・ 予約の変更、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12時30分までにご連絡ください。これ以降の変更もしくはキャンセル、予約時間から1時間以上の遅刻、または最終受付（12時15分/17時15分）を過ぎての来院は、連絡の有無にかかわらず「連絡なしキャンセル」となり、これらが3回あった場合は予約をお受けできないことがあります。カウンセリングおよびABAでは「連絡なしキャンセル」や遅刻があった場合、料金を全額お支払いいただきます。尚、遅刻された場合でも時間の延長はできません。

ただし、以下の場合はその限りではありません。

- ① ご家族が代理で来院される場合
 - ② 患者様ご本人、または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。車の渋滞は対象外です）
 - ④ 急な出勤・出席による場合（当院のホームページからダウンロードした出勤・出席証明書に必要事項を記載の上お持ちください）
 - ⑤ 大阪府またはお住ま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」をされた場合、当日から数えて4日以内にご連絡がないとすべてのご予約を一旦キャンセルさせていただきます。
 - ・ 「連絡なしキャンセル」が2回までの方については、最後の「連絡なしキャンセル」から1年間継続して、予約システムに基づいて定期的に通院していただければ、回数は0回に戻します。

以上の内容を理解し、同意いたします。

西暦 年 月 日 署名 _____

受診者との関係 本人 家族 後見人 支援員（関係： _____）