

【성인외래】

① 본인의 신장 () cm 체중 () kg
② 진료당일에 오시는 분은 누구입니까? (본인, 부, 모, 기타)
③ 상담내용 (곤란한 일에 관하여, 언제부터, 어떻게, 가능한 자세히 작성해 주세요)
④ 지금까지 의료·상담기관에서 들은 내용, 그 곳에서의 치료내용 (가능한 자세히 작성해 주세요)
⑤ 상담내용 (곤란한일) 에, 지금까지 누가, 어떤 대책으로 해결 했습니까?
⑥ 만약, 그 상담내용 (곤란한일) 이 안정이 될때가 있다면, 그것은 어떠한 때 입니까?
⑦ 본인의 「좋은 점」 은 어떤 점입니까?
⑧ 지금까지 큰 병을 앓거나, 알레르기가 있습니까? 없음 · 있음 ()
⑨ 현재, 복용하고 있는 약이 있습니까? 아니요 · 네 (약이름과 용량)

【성인외래】

<p>⑩ 가족, 친척분 중에 정신과나 심료내과 진찰을 받고 계시는 분이 있으신가요? 없음 · 있음 (진단명/증상: _____ 본인과의 관계: _____)</p>
<p>⑪ 사용하고 계시는 복지자원에 ○를 쳐주세요 () 안에 등급을 기입해주세요 없음 · 요육수첩 (등급: _____) · 정신장애자수첩 (등급: _____) · 자립지원의료 그 외 (_____)</p>
<p>⑫ 이번진료에 특별히 희망을 하는 것이 있으면 ○를 쳐주세요 (중복가능) · 의사의 의견이 듣고 싶다 · 이야기를 들어 주었으면 좋겠다 · 진단을 받고 싶다 · 주치의를 찾고있다 · 심리검사/발달검사를 받고 싶다 · 진단서가 필요하다 · 약에 대한상담(처방 · 약의 필요성 판단)을 받고 싶다 · 세컨드어피니언 · 복지자원(특별아동부양수당 · 정신장애수첩 · 장애연금등) 상담하고싶다 · 심리사의 카운셀링을 받고 싶다 (첫 회 60 분 8000 엔 · 2 회이후 30 분 4000 엔 또는 60 분 8000 엔) 그 외 희망사항이 있으시면 구체적으로 작성해 주세요 (_____) ※본인의 연령, 증상, 상태에 따라서 대응을 못하는 경우도 있습니다.</p>
<p>⑬ 예약날짜 : 년 월 일 (요일) 시 분 주의 사항: <u>예약의 변경 · 취소의 경우 전일 (전일이 휴일인 경우 최근의 진료일) 오전 12 시반까지 연락 주시기 바랍니다.</u> 당일은 20 분 전에 내원하여 주십시오.</p>
<p style="text-align: center;">저희 병원의 개인정보이용의 관한 동의서 ※반드시 읽어 주시기바랍니다. · 개인정보에 관해서는 의료기관, 진료비청구를 위한업무, 병원관리운영업무, 외부감사기관에 정보 제공을 이용목적 외에는 사용하지 않습니다. · 진료와 검사, 카운셀링에 간호사, 심리사, 연수생이 동석 할 수도 있습니다. 확인 후, 동의 하시면 서명을 부탁드립니다. 동의가 어려우신 분은 말씀해 주십시오.</p>
<p>본인 서명 또는 대필자 서명 _____ (관계: _____)</p>

번거로우시겠지만 위의 항목을 작성 하신 후, 예약 진료일 2 일전 까지 저희 병원으로
 팩스를 보내 주십시오. 팩스가 어려운 경우 진료 당일 가지고 오십시오.
 협력 해 주셔서 감사합니다.

