

【성인외래】

병원 FAX 번호 ( 0 6 - 4 3 0 3 - 5 6 8 4 )

※문진표와 진료 및 예약시스템으로 총 4장이 한 세트로 되어 있습니다.

## 문진표 작성안내

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

기입일 (서기) 년 월 일 )  
기입자 (○를 쳐주십시오) 본인 · 대필자 (관계: )

【성인외래】

① 본인의 신장 (        ) cm      체중 (        ) kg
② 진료당일에 오시는 분은 누구입니까? ( 본인 · 배우자 · 부 · 모 · 그 외        )
③ 상담내용을 알려주십시오. (곤란한 일에 관하여, 언제부터, 어떻게 등, 가능한 자세히 작성하여 주십시오.)
④ 지금까지 의료 · 상담기관에서 들은 내용, 그 곳에서의 치료내용을 알려주십시오. (가능한 자세히 작성하여 주십시오.)
⑤ 상담내용 (곤란한 일)에 지금까지 누가 어떻게 대처를 해 왔습니까?
⑥ 만약 그 상담내용 (곤란한 일)이 안정이 될 때가 있다면, 그것은 어떠한 때 입니까?
⑦ 본인의 「좋은 점」을 적어주십시오.
지금까지 큰 병을 앓은 적이 있거나, 알레르기가 있습니까? 아니요 · 예 (심장 · 뇌 · 갑상선 · 신장 · 간질환 · 그 외 (        )) 알레르기: (        )
⑧ 현재, 복용하고 있는 약이 있습니까? 아니요 · 예 (약이름 · 용량        )

【성인외래】

⑨ 가족, 친척분 중에 정신과 진찰을 받고 계시는 분이 계십니까?

⑩ 본인이 이용하고 있는 복지자원에 ○를 쳐주십시오.

없음 • 요육수첩 (등급:       ) • 정신장애인보건복지수첩 (등급:       ) • 자립지원의료

그 외 ( )

⑪ 이번진료에 특별히 희망을 하는 것이 있으면 ○를 쳐주십시오. (중복가능)

• 의사의 의견을 듣고 싶다 • 이야기를 들어 주길 원한다 • 진단을 받고 싶다 • 진단서가 필요하다

- 주치의를 찾고 있다
- 심리검사/발달검사를 받고 싶다(소견비 7000엔~)

- 약의상담(처방·약의 필요성 판단)을 받고 싶다 • 세컨드오피니언

- 복지자원(특별아동부양수당 · 정신장애인보건복지수첩 · 장애연금 등)에 관하여 상담하고 싶다

- 심리사의 상담을 받고 싶다

(첫 회 60 분 8000 엔 · 2 회이후 30 분 4000 엔 또는 60 분 8000 엔 )

그 외의 희망사항이 있으시면 구체적으로 작성하여 주십시오.

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

⑫ 예약날짜 : 서기 년 월 일 (曜일) 시 분

주의사항 : 예약의 변경 · 취소의 경우 전일 (전일이 휴일인 경우 최근의 진료일) 오전

12시까지 연락 주시기 바랍니다. 당일은 예약시간 20분 전에 내원하여 주시기 바랍니다.

본원의 개인정보이용에 관한 동의서

- 개인정보에 관해서는 의료기관, 진료비 청구를 위한 업무, 본원의 관리운영 업무, 외부감사기관 등에 대한 정보제공에 이용될 수 있습니다.

- 진찰, 검사, 상담에는 간호사, 심리사, 연수생이 동석하는 경우가 있습니다.

동의하시면 아래에 서명 부탁드립니다.

또한 동의하기 어려운 항목이 있는 경우는 말씀해 주십시오.

본인 서명 또는 대필자 서명 (관계: )

진료일 2 일전 까지 본원으로 팩스를 보내 주십시오. 팩스가 어려우신 경우 진료 당일에 접수처로 가져오시기 바랍니다.

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

## 【성인외래】

### 본원의 진료·예약시스템에 관한 동의서

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

- 진료 시에는 매번 반드시 보험증을 제시 하여 주시기 바랍니다. 또한, 보험증 등의 변경이 있는 경우는 사전에 말씀해 주시기 바랍니다.
- 진단서를 희망하시는 환자분은 정기적 (최소 3 개월마다)으로 진찰을 받으셔야 합니다.
- 약처방의 희망이나 처방전 기한 (4 일간)이 만료된 경우에는 진료를 받으신 후 처방전을 받을 수 있습니다.
- 서포트가 필요하신 분의 진료는 원칙적으로 보호자의 동반을 부탁드립니다.
- 예약의 변경 및 취소를 하실 경우 전일 (전일이 휴진일인 경우 최근의 진료일)의 오후 12 시반까지 연락주시기 바랍니다. 그 이후의 예약 변경이나 취소, 예약시간보다 한시간 이상 지각(연락유무와 관계없이)을 하시면 「연락없는 취소」 처리가 됩니다. 「연락없는 취소」가 3 번 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 오시기 바랍니다.)
- ③ 교통사정에 의한 경우 (철도회사에서 발행하는 당일의 연장증명서를 가져 오십시오)
- ④ 긴급 출근 · 출석의 경우 (본원 홈페이지에서 다운로드 받은 출근 · 출석증명서에 필요한 항목을 기재하신 후 가져 오시기 바랍니다.)
- 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 4 일이내 연락이 없는 경우 일단 모든 예약이 취소됩니다.
- 「연락없는 취소」가 2 번 발생한 분의 경우입니다. 마지막 「연락없는 취소」로부터 1 년간 지속하여 예약 시스템에 따라 정기적으로 진료를 받으시면 0 회로 돌려드립니다.
- 상담, ABA 에서는 상기①~⑦이외의 사정으로 「연락없는 취소」 및 지각을 하실 경우 요금의 전액을 납부하셔야 합니다. 또한, 지각 시 시간연장은 없습니다.

상기내용을 이해하며 동의합니다.

서기              년              월              일              서명 (본인) \_\_\_\_\_

서명 (대필자) \_\_\_\_\_ (관계: \_\_\_\_\_)