

【성인외래】

병원 FAX 번호 (0 6 - 4 3 0 3 - 5 6 8 4)

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

문진표 작성안내

본원에서는 처음 오시는 환자분들에게 의사의 진찰 전 상담하시고자 하는 내용을 사전에 기입을 부탁드립니다.

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

진찰 받는 분의 성명				남·여
생년월일	서기 년 월 일	연령	세	
직 업				
주 소	〒			
전화번호	연락을 받기 원하시곳에 ○를 쳐주십시오 (자택) - - . (휴대폰) - - 기입하신 휴대폰의 전화번호는 본인의 전화번호 입니까? 예 . 아니요 (의 휴대폰번호)			
가족구성	친족관계 (연령·직업·학년 등) ※동거하고 있는 분의 혈연관계에 ○를 쳐주십시오			
	예 : 3 명가족 (남편) (40·회사원) · (본인) (38·주부) · (장남) (12·초6) () 명가족			
본원에 오시게 된 계기 해당하는 번호에 ○를 쳐 주십시오. (복수가능)		1. 본인이 진찰받고 싶다고 생각하여 2. 가족 (혈연관계:) 권유하여 3. 지인이 권유하여 4. 공적기관 (명칭:) 권유하여 5. 의료기관 (명칭:) 권유하여 소개장 (유 · 무) 6. 그 외()		

【성인외래】

[illegible]

【성인외래】

⑨ 가족, 친척분 중에 정신과 진찰을 받고 계시는 분이 계십니까?

아니요 • 예 (진단명/증상 : 본인과의 관계 :)

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 7000 엔~)

• 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 회 이후 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 (요일) 시 분

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

12 시반까지 연락 주시기 바랍니다. 당일은 예약시간 20 분 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 동석 하는 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 당일
에 접수처로 가져오시기 바랍니다.

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

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 일 이내 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:)