

受診申込書(A)

埼玉医科大学かわごえクリニック こどものこころクリニック

申込受付番号(令和_____年____月____日_____番)← 窓口受付係が記入します

受診を申し込まれるにあたり、当クリニックの運営方針について、あらかじめご了解をお願いいたします。

1 受診お申込み時のご年齢(学年)

受診申込は、申込時のご学年が中学3年生以下の方のみとさせていただきます。

当院ご通院中に中学を卒業された場合には、原則として

他の医療機関(埼玉医科大学大病院毛呂山町、埼玉医科大学総合医療センター川越市など)をご紹介申し上げます。あらかじめご了解をお願いいたします。

2 初診までの待機期間

受付順ではありません。症状の種類などによって、初診予約の枠数が異なり、予約待ち期間が異なります。

現在、最長で[]か月待ちとなっております。ご了解をお願いいたします。

3 初回以降も、すべて予約制

ご予約なしでのご来院には対応出来ません。予めご承知おきください。

4 できるだけ多くの患者さまに対応するため、

通常予約の場合、医師による診察時間は原則、毎回 10 分までとさせていただきます。

5 下記の「特別予約」をご希望の場合はあらかじめ担当医とご相談ください。

「特別予約」には保険診療自己負担分に、予約料 4,400 円(税込み)が加算となります。

特別予約 A 「カウンセリング予約」

医師による診療枠 10 分に加えて、臨床心理士によるカウンセリング枠(45 分)を同日にセットする予約です。

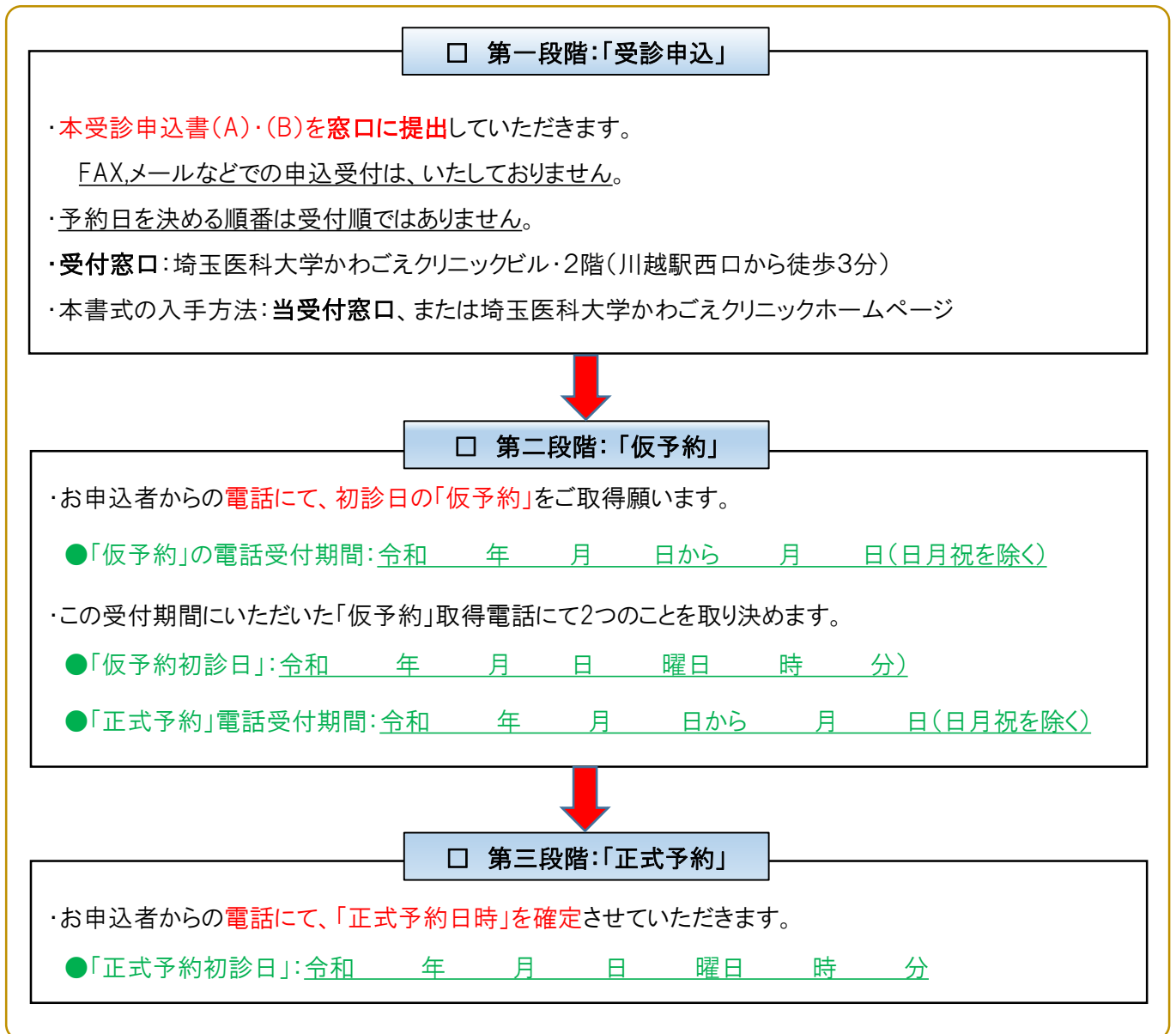
特別予約 B 「医師診察2枠予約」

医師の診察枠(1 枠 10 分)を連続 2 枠セット(20 分)で予約するものです。

原則として、上記 AB 両方を同じ日に予約することは出来ません。

(※なお、上記の時間は目安です。諸般の事情で多少変動する場合があります。)

□初診日までに、お申込者ご自身でしていただくことは下記の三段階全てです。



□上記全ての受付曜日、時間帯は下記のとおりです。

	月	火	水	木	金	土	日
10:00~12:00	×	○	○	○	○	○	×
14:00~16:00	×	○	○	○	○	○	×

☎電話:049-238-8279

(こどものこころクリニック)

□ 初診の日には、本日お渡しする問診票(12枚)にあらかじめご記入のうえ、ご提出ください。

□ なお、所定期間内にお済ませいただけなかった場合、自動的に「キャンセル」となります。十分ご注意ください。

□ 以上を全て了解いたしました。

保護者サイン: _____ 窓口担当者サイン: _____
(ご本人との関係: _____)

受診申込書(B)

提出日 令和 年 月 日

受診希望患者のお名前 ふりがな (男・女) 生年月日 平成 令和 年 月 日 (歳)

在籍幼稚園・保育園・学校名 (市・郡・ 学年)
特別支援教育(なし ・ あり ⇒)

本申込書記入者のお名前(続柄 父 母 その他)

① 〒
電話番号② 連絡先ご住所

2回目以降、通院しやすい日をご記入ください。○=通院可能 △=不可能ではない ×=不可能

	木	金
午前 9時-11時	—	—
午後 14時-16時半	—	—

1 治したい症状・お困りのこと (それはいつ頃からか)

- ① (歳、 年 月 日頃から)
② (歳、 年 月 日頃から)
③ (歳、 年 月 日頃から)

2. 最近の平日の平均的な一日の過ごし方は？

3. そのことでどこかに受診されたことは？ ・ない ・ある 通院、入院(病院名)
はじめに 病院 科 年 月から 年 月まで
最近は 病院 科 年 月から 年 月まで

薬は？ ・飲んでいる ・飲んだことがある ・飲んだことがない

お薬手帳か説明書をお持ちですか ・はい ・いいえ 処方薬の服用率はだいたい _____%

ご存知であれば、主な薬の名前と 1日の量を空欄に書いてください)

- ① _____、錠(朝・昼・夕・眠前) ④ _____、錠(朝・昼・夕・眠前)
② _____、錠(朝・昼・夕・眠前) ⑤ _____、錠(朝・昼・夕・眠前)
③ _____、錠(朝・昼・夕・眠前) ⑥ _____、錠(朝・昼・夕・眠前)

そのことで医療機関以外に、どこかに相談されたことは？

児童相談所 教育・保健センター スクールカウンセラー その他()

その場所・名称 _____ (年 月から 年 月)

その場所・名称 _____ (年 月から 年 月)

ご相談された医療機関・相談機関では、お困りのことについて、どのような対応でしたか？

医療機関・相談機関などから、紹介状はもらえそうでしょうか？ → ・もらえそう ・もらえない

4. 今回受診申し込みをされたいきさつ

- ・記入者ご自分の意思で ・ _____ のすすめで
受診を申し込むきっかけとなった出来事は？ ・ない ・ある⇒ _____
「これが原因かな？」と思い当たる出来事や病名は ・ない ・ある⇒ _____
ここでして欲しいことは？ ・診断 ・説明や助言 ・薬の処方 ・カウンセリング ・書類作成
その他(_____)

5 症状チェックリスト：当てはまるものに 印 を付けてください。

●特に困る症状 ○症状あり △症状あるかも 無印・症状なし

- ・最悪だった時のひどさ・つらさを 10 とすると、今のひどさ・つらさは _____ くらい
- ・身長 _____ cm 元来の体重 _____ kg 最近、・やせた・太った(_____ kg)
- ・睡眠平均 _____ 時間 ・睡眠が悪い(薬を ・飲んでも ・飲まない) ・寝ようとしな(夜ふかしする)
・寝つき悪い ・途中でさめる ・夢が多い ・熟睡感がない ・朝さめるのが早すぎる ・朝・昼間眠すぎ
- ・食欲がない(普段の _____ %) ・食べ過ぎ ・吐く ・下痢 ・便秘 ・月経不順 ・無月経
- ・頭痛 ・頭がおもい ・首筋や肩がこる ・胸がドキドキ ・立ちくらみ ・目まい
- ・不登校
- ・発達の遅れ(・運動 ・ことば ・勉強)(□幼少期だけ□現在も) ・ひきつけ／けいれん
- ・落ち着きがない ・忘れ物多い ・片づけができない ・不注意なミスが多い
- ・友達ができにくい ・こだわりが強い ・いじめられる・自分勝手な行動 ・先生や他児童が困っている
- ・あまりに反抗的すぎる ・暴れて物を壊す ・家族や他者への暴力 ・非行
- ・人前で緊張 ・外出しづらい ・嫌な考えが浮かぶ ・イライラ ・不安 ・あせる ・疲れる
・やる気が出ない ・ゆううつ ・孤独感 ・くちかすが減った ・ものごとを楽しめない ・朝がつらい
・申し訳ないという ・生きているのがいや ・自殺を・しそう・試みた
- ・考えがまとまらない ・人に見られている感じ ・うわさされている感じ ・姿が見えないのに声が聞こえる
- ・興奮する ・気分がハイ ・怒りっぽい ・人や物にあたりそう
- ・自傷しそう ・記憶が抜け落ちる