

未成年の方の診療受付に関するチェックリスト

下記の内容をご確認の上、了承いただける場合は、チェックを入れてください

- ご本人の治療の意思が明確でない場合は、お引き受けできません。
- 治療に関しては、ご両親双方の同意が必要です。
- 場合によっては、学校(先生・スクールカウンセラー等)との連携をお願いすることがあります。
- 診察室へは、基本的には患者様お一人での入室をお願いしております。
- 治療内容に関しては、ご家族への毎回の説明は致しかねます。必要と医師が判断した場合は、適時ご家族からお話を伺います。
- 学校に提出する書類に関しては、即時の対応は致しかねます。予め、お時間がかかることをご了承ください。
- しつけや習慣の問題等、家庭内で解決すべきことに関しては、当院では取扱いいたしません。
- 当院の治療方針に関しては、必ず事前にホームページの内容をご確認ください。

チェック内容に関して相違ありません。

記入者氏名: _____ (続柄 _____)

【診察を希望される方】

- ◆ 氏名: _____ 年齢: _____ 歳(小・中・高 _____ 年生 ・ その他)
- ◆ 以前に精神科・心療内科を受診されたことはありますか? ある(_____ 年 _____ 月) ・ ない
あると答えた方: 紹介状はお持ちですか? ある ・ これから取る予定 ・ ない
- ◆ 今回のお困りごとは何ですか?
(_____)
- ◆ そのお困りごとをどうしたいですか?
(_____)

ご記入後、Faxまたはメールにてお送りください。
内容を確認後、予約受付を開始いたします。
スタジオリカ クリニック Fax: 092-926-8822