

発達支援外来 初診同意書

このたびは当クリニックへの受診を考えていただき、ありがとうございます。

発達支援外来を受診されるにあたり、いくつか注意事項がございます。下記のご案内をお読みいただいて、同意いただけるようでしたら、最後にご署名をお願いいたします。

1. 発達支援外来は、基本的には中学生以下のお子さんの発達相談を対象としております。高校生以上の方、または精神科・心療内科の専門的な治療が必要とされる方には、他の適切な機関へご紹介させていただくことがあります。
2. 初回の来院の際には、医師と顔合わせをした後、まず心理士から詳しくお話をうかがいます。後日、医師と心理士とで見立てや治療方針を話し合ったうえで、診察をさせていただきます。初回では医師との相談や診断、薬の処方是对應しかねますので、ご了承ください。
3. 保険診療代とは別に、心理士との相談料として初回は自費で4,000円をお支払いいただきます。予約当日の一週間以内に予約変更・キャンセルをされた場合には、キャンセル料として実費分を頂戴しております。それよりも前に日にち変更・キャンセルをされる場合にはキャンセル料はかかりませんので、お早めにご連絡をお願いします。
4. 医師との発達の診察は、原則金曜日の午前の枠（1枠20分）をご案内しております。一般の身体の診察時間内では、発達の相談のお時間がとれませんので、ご理解ください。
5. 今後、心理士との相談や心理検査が必要となった場合には、保険診療代とは別に自費で相談料が発生します（心理相談：1枠40分2,000円、心理検査：1枠90分4,000円）。直前の予約変更・キャンセルの場合には、実費分のキャンセル料を頂戴します。

上記の注意事項について、同意します。

令和 年 月 日

受診される方のお名前 _____

保護者の方のお名前 _____

ご記入後は受付までご提出ください。