

問 診 票

年 月 日

※個人情報の取り扱いについて同意し、診療を申し込みます。

フリガナ		性別	生年月日		体温
お名前		男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)		℃
住 所	〒		自 宅	()	
			携帯電話	— —	
勤務先名			勤務先 電話番号		

◆診療に役立てるため下記の質問にお答え下さい。

◇本日受診される理由もしくは気になる症状等を具体的にご記入ください。

(例：2日前から頭が痛い。タバコから咳が止まらない。1週間前から微熱が続いている。等)

いつから () 症状 ()
 いつから () 症状 ()
 その他 ()

◇その症状についてどこかで治療を受けたことがありますか。

受けたことがある方はいつ・どこで・どんな治療を受けたかご記入ください。

ない ある ()

◇現在、通院している病気や内服している薬はありますか。

ない ある (病名:)

ない ある (薬:)

◇食品や薬のアレルギーはありますか。

ない ある ()

◇今までにかかった主な病気や怪我はありますか。また手術を受けたことはありますか。

(例：10年前に心筋梗塞でバイパス手術をした。2年前に肺炎で入院をした。等)

ない ある ()

◇タバコを吸いますか。 吸わない 吸う (本 / 日)

◇お酒を飲みますか。 飲まない (飲めない) 飲む (ml 本 / 日・週・月)

◇家族で病気の方はいますか。(例：父が高血圧、母が糖尿病 等)

いない いる ()

◇女性の方は、妊娠中または妊娠している可能性はありますか。 はい いいえ

◇過去1か月の間に海外への渡航歴がありますか。 はい いいえ

(国名: 滞在期間 年 月 日～ 年 月 日)

※裏面につづく

個人情報の取り扱いについて

(診療情報)

当クリニックでは、患者様の個人情報を以下のように取り扱います。下記の内容をご確認いただき、同意の上、診療の申し込みをいただきますようお願い申し上げます。

1. 利用目的 (詳細については別掲の「当クリニックにおける個人情報の利用目的」をご参照下さい)

- (1) 患者様へ適切な医療サービスの提供のため
- (2) クリニックの事務・管理を適切に行うため
- (3) 法令・行政上の業務への対応のため
- (4) 保険請求業務のため
- (5) ご家族への病状説明のため

以上の目的以外で患者様の情報を利用する場合、患者様ご本人に個別理由を説明し同意を得た上で行うものいたします。ただし、緊急の場合、治療上必要な場合等、当クリニックが必要だと判断した場合は、利用を優先し、後ほどご説明させていただきます。

2. 個人情報の第三者提供について

患者様の個人情報は、あらかじめ患者様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし以下の利用目的に該当する場合は、患者様から特にお申し出がない限り、医療サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、患者様の個人情報を第三者に提供する場合があります。

- (1) 医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること
- (2) 医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること
- (3) 医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること
- (4) 患者様への医療の提供に際して、家族等への病状の説明を行うこと

3. 業務委託について

医療を提供するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託先の内容は次の通りです。

検査業務、清掃業務、情報システム管理、廃棄物処理。

4. 患者様の権利

当クリニックで管理する個人情報については、法令の範囲内で、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等を求めることが可能です。個人情報問合せ窓口までご相談ください。

2011年08月01日制定

2013年08月22日改定

医療法人財団 綜友会 理事長 鈴木 武夫

個人情報問合せ窓口： 高戸橋クリニック事務長 03-3200-3060

第二臨海クリニック事務長 03-5658-3558

新宿野村ビルメディカルクリニック事務長 03-6302-0235

■個人情報の取り扱いについて

同意する 同意しない 一部不同意

- 万一、同意をいただけない場合には適切な医療サービスの提供に支障が出る場合がございます。
- 同意しがたい事項がある場合には、上記右端□欄にチェックの上、その旨をお申し出下さい。
- 利用目的については、同意いただいた後でも個別に不同意の表明をすることが可能です。(不同意の撤回を含む)