

フリガナ		男	電話番号	(自宅)
氏名		女		(携帯)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳)	住所	〒	
緊急連絡先：氏名 ( ) 電話番号 ( ) あなたとの続柄 ( )				

はじめて当院を受診される方は表面枠内へのご記入をお願いしております。分かる範囲でお願いいたします。

**Q1: いつごろから?** 年 月 日 時頃から ( 日間) ( ヶ月間)

**Q2: 本日はどのような症状でご受診されましたか?どこがどのように具合が悪いかが記入下さい。**  
 (ご症状) { }  
 (健診結果・他院で) { } を指摘され来院

**Q3: いままでに入院や手術など大きな病気にかかった事がある。**  
 [はい]と答えられた方は、それはいつごろで、どの病院あるいは医院にか  
 けられましたか。ご記入をお願いいたします。 **はい** ・ **いいえ**  
 { }

**Q4: 現在あるいは、過去に病気にかかった事がある。** **はい** ・ **いいえ**  
 [はい]と答えられた方は該当するものに○をつけて下さい。  
 心筋梗塞・狭心症・脳卒中  
 高血圧・高脂血症・糖尿病  
 高尿酸血症(痛風)・その他  
 また、その病気は現在治療中である  
 [はい]と答えられた方は病名、病院(医院)名、服薬中のお薬の名前等、わ  
 かる範囲で結構ですのでご記入をお願いいたします。 **はい** ・ **いいえ**  
 { }

**Q5: お薬や食べ物・飲み物等でアレルギーを経験した事がある。** **はい** ・ **いいえ**  
 [はい]と答えられた方は下記に、原因となった薬品や食品等詳細のご記入を  
 お願いいたします。 { }

**Q6: アルコール飲料を飲む。** **はい** ・ **いいえ**  
 [はい]と答えられた方へお尋ねします。  
 1週間に\_\_\_\_\_回・1日にビール\_\_\_\_\_本、日本酒\_\_\_\_\_合、その他( ) \_\_\_\_\_ml

**Q7: タバコを吸う・以前吸っていたが止めた(紙巻タバコ・電子タバコ)** **はい** ・ **いいえ**  
 [はい]と答えられた方へお尋ねします。  
 吸う: 1日\_\_\_\_\_本\_\_\_\_\_年間 止めた: \_\_\_\_\_前から・禁煙前は1日\_\_\_\_\_本\_\_\_\_\_年間

**Q8: 女性の方のみお答えください。** 妊娠中( ヶ月) ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 該当なし

**Q9: 血のつながったご家族で、下記の病気にかかれた方がおられましたらご記入をお願いいたします。**  
 心筋梗塞(どなたが )・狭心症( )・心不全( )・不整脈( )  
 糖尿病( )・高血圧( )・高脂血症( )・脳卒中( )・がん( )

その他、ご要望やお気づきの点などございましたらご記入をお願いいたします。



## お知らせ

### 患者様の個人情報の保護について

当院では、患者様に安心して医療を受けていただくために、安全な医療をご提供するとともに、患者様の個人情報の取扱にも、万全の体制で取り組んでいます。

#### ◎ 個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報を右記の目的で利用させていただくことがございます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者様からの同意をいただくことしておりますのでご安心ください。

#### ◎ 個人情報の開示・訂正・利用停止等について

当院では、患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても、「個人情報の保護に関する法律」の規定にしたがって進めております。

#### ◎ 患者様のお名前について

当院では患者様のお名前をフルネームでお呼び致します。番号制はとっておりませんのでご了承ください。

手続きの詳細のほか、ご不明な点については  
窓口までお気軽にお尋ねください。



1) 右記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意  
しがたいものがある場合には、その旨をお申し出下さい

2) お申し出がないものについては、同意していただけたもの  
として取扱わせていただきます

3) これらのお申し出は後からいつでも、撤回、変更等をす  
ることが可能です

### 当院における個人情報の利用目的

#### ◎ 医療提供

▶当院での医療サービスの提供。

▶他の病院・診療所・助産所・薬局・訪問看護ステーション・  
介護サービス事業者等の連携。

▶他の医療機関からの紹介への回答。

▶患者様の診察のため、外部の医師等の意見・助言を求める場  
合。

▶検体検査業務委託その他の業務委託。

▶ご家族への病状説明。

▶その他、患者様への医療提供に関する利用。

#### ◎ 診療費請求のための事務

▶当院での医療・介護・労災保険・公費負担医療に関する業務  
及びその委託

▶審査支払期間へのレセプトの提出

▶審査支払期間又は保険者からの照会への回答

▶公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会  
への回答

▶その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関す  
る診療費請求のための利用

#### ◎ 当院の管理運営業務

▶会計・経理

▶医療事故等の報告

▶当該患者様の医療サービスの向上

▶入退院等の病棟管理

▶その他、当院の管理運営業務に関する利用

◇企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へ  
の結果の通知

◇医師賠償責任保険など係る、医療に関する専門の団体、保険  
会社等への相談または届出など

◇医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

◇当院内において行われる医療実習への協力

◇医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

◇医学知識普及を目的とした講演、著述等での利用、学会・研  
究会等への発表、当院ホームページ等への掲載（個人を識別で  
きる情報を削除し匿名化する）匿名化困難な場合は、本人の同  
意を得る

◇医療スタッフの専門認定等の資格申請での提出

◇外部監査機関への情報提供



(下記しまばら病院利用欄)

区 別	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費
	<input type="checkbox"/> 循内 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 心内 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 健診
備 考	紹介病院：
	紹介医師：  TEL