

問診票



医療法人社団 天友会
十日市場整形外科内科
リハビリテーションクリニック

| | |
|--|------------------------------|
| ふりがな | 生年月日 |
| 氏名 | 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳) |
| 住所 〒 - | 入居施設名 □老健 □特養 □その他() |
| 職業 □専業主婦 □事務職 □営業職 □作業職 □学生 □その他 () | 電話番号 緊急連絡先 続柄() |
| 下記の質問にお答え下さい。 ※当院より連絡することがありますので変更の際には受付にお申し出下さい | |

● 「当院の個人情報の取扱いについて」の記載内容に同意をお願い致します 同意する

● マイナ保険証による診療情報取得に同意をお願い致します 同意する
※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

内科受診の方 体温 °C
15歳未満の方 体重 kg

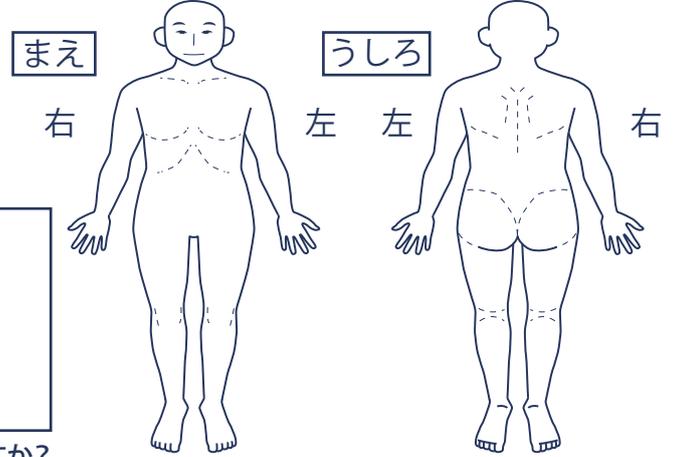
● 本日、何科をご希望ですか？ 整形外科 リハビリテーション科 内科 神経内科

● 原因に心当たりはありますか？
 特になし ケガ 交通事故
 その他 ()

● どのような症状ですか？
・症状のある場所を○で囲んでください ⇨

いつ頃からお困りですか？

症状の内容をお書きください



● 現在、治療している病気や今までかかったことのある病気はありますか？
(はい いいえ) 喘息 高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 骨粗鬆症 その他 ()

● 感染症はありますか？
(はい いいえ) B型肝炎 C型肝炎 その他 ()

● 現在、内服している薬はありますか？
(はい いいえ) お薬手帳はありますか？ (あり なし)
お薬の名前 ()

● アレルギーはありますか？
(はい いいえ) アルコール ヨード ラテックス 薬 () その他 ()
症状 ()

● 現在、運動はされていますか？
(はい いいえ) 内容 ()

※必ずご記入をお願いいたします お薬手帳をお持ちでしたら、問診票と一緒に提示をお願いします。

● 現在、何人でお住まいですか？ (人)

● ペースメーカー等、体内に金属は入っていますか？ (はい いいえ) 内容 ()

● 介護保険の認定は受けていますか？ (いいえ はい → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

● 女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか？ 妊娠中 (月) 授乳中

● ご興味のある内容がありましたら、お聞かせ下さい
 ヘルストロン 骨粗鬆症 漢方薬 再生医療 鍼灸治療 巻き爪矯正 ビタミン療法

● 当院は何でお知りになりましたか？ (複数回答可)
 タウンニュース チラシ 知人からの紹介 以前から通っていた 通りがかり
 インターネット (当院 HP・EPARK・病院なび・その他) → 検索された際のキーワード ()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 6点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

当院の個人情報の取扱いについて

当院では、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、ご同意の程お願い申し上げます。

1. 個人情報の利用目的

個人情報(生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの(他の情報と照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含まず。))につきましては、当法人において、以下の目的のために利用させていただきます。もしこれらの中で利用することに同意できないものがありましたら、窓口までお知らせ下さい。そのようなお知らせがなければ同意があったものとして取り扱わせていただきます。尚、ご提供いただけない情報によっては、最適なサービスが提供できない場合がございます。

【院内での利用】

- 1) 患者の皆様に医療サービスを提供するため
- 2) 患者の皆様に提供した医療サービスに関する医療保険事務を行うため
- 3) 患者の皆様に係る会計・経理、医療事故等の報告、医療サービスの向上のため
- 4) 医療実習への協力のため
- 5) 医療の質の向上を目的とした症例研究のため
- 6) その他患者の皆様に関する管理運営業務のため

【院外への情報提供としての利用】

- 1) 他の医療機関等との連携のため
- 2) 他の医療機関等からの照会への回答のため
- 3) 患者の皆様の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求めため
- 4) 医療保険事務、検体検査業務等の業務委託のため
- 5) 患者の皆様の家族等への病状説明のため
- 6) 審査支払機関へのレセプト(診療報酬明細書)の提出のため
- 7) 審査支払機関又は保険者への照会
- 8) 審査支払機関又は保険者からの照会への回答のため
- 9) 関係法令等に基づく行政機関及び司法機関等への提出のため
- 10) 学会発表や学術誌発表などの研究や医薬品等の調査のため
但し、匿名化した上での利用であり、事例の内容から十分な匿名化が困難な場合は、その利用について原則としてご本人の同意を得ます
- 11) 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における事業者等へのその結果の通知のため
- 12) 医療賠償責任保険等に係る医療に関する専門団体等への相談又は届出等のため
- 13) その他患者の皆様への医療保険事務に関する利用

2. 個人情報保護方針

詳しくは院内掲示物「個人情報保護方針」をご確認下さい。