

診療申込書

年 月 日

お名前	フリガナ	性別 男 ・ 女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
ご住所	〒 -				
電話番号	自宅 ()	携帯電話	()		
勤務先名		勤務先電話番号	()		
ご本人以外の連絡先	お名前	続柄	電話番号		

携帯電話について：携帯電話等をお持ちの方はご記入ください。

担当医師の判断により、検査結果などの診療情報を患者さまご本人に連絡する手段とさせていただきます場合がございます。

ご本人以外の連絡先について：緊急の用件で、ご本人と連絡が取れない場合にお電話させていただく場合がございます。

【個人情報の取扱いについてのご説明】

医療法人五尽会 岡山ハートクリニックでは、患者さまの診療情報等の個人情報を、別途掲示の「個人情報保護方針」に則り適正に管理運用いたします。下記記載のとおり利用目的を明確にし、目的達成に必要な情報のみを収集するとともにその範囲を超えて利用することはありません。

- 個人情報をご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、また個人情報を外部の第三者には提供いたしません。
なお、ご本人のかかりつけ医(紹介医)などと当院の担当医との間で、この使用目的の範囲内で診療情報を共有する場合があります。
また、臨床検査および保険請求等でデータ処理を外部に委託する場合は、内部規定に従い十分な個人情報の保護水準にある事業者を選定いたします。
- 例外的に以下の場合、当該目的に限定し、患者さまから知り得た診療情報を利用する場合がございます。
① 医学・看護学等の学術研究のためのデータ
② 患者さまの事故防止など安全確保の研究開発データ
- 上記利用についてもご意思に反する場合、お申し出があれば、利用することはありません。 その場合も従来と同じく、適切な医療を受けられることに何ら変わりありません。

※ 個人情報の取扱いに関するご要望またはお問い合わせは、当クリニック1階受付にてお受けいたします。

医療法人 五尽会
岡山ハートクリニック
理事長 日名 一誠

問 診 表

年 月 日

お名前	フリガナ	性別	男 ・ 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生
-----	------	----	-------------	---------------------

・症状をお聞かせください。身長 () cm 体重 () kg
(いつ頃から、どんな)

下記の項目について記入、または☑でお答えください。ご不明な点があれば受付へおたずね下さい。

1. 本日は同伴者と一緒に病状説明をお聞きになられますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 同伴者なし	
2. 治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (病名:)		
3. 今までにかかった大きな病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (病名:)		
4. 今までに手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (手術名:)		
5. 服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()		
6. かかりつけの病院・医院はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()		
7. アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい		
・上記で☑はいの方、ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 薬 ()	<input type="checkbox"/> 食べ物 ()		
	<input type="checkbox"/> 注射 ()			
	<input type="checkbox"/> 喘息(ぜんそく)	<input type="checkbox"/> 花粉症		
	<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> その他()		
8. タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	1日 ()本 ()年間	
	<input type="checkbox"/> やめた ()年前			
9. お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="radio"/> (ビール・酒・焼酎・ウイスキー)	
			<input type="radio"/> (毎日・週2~3回・時々)	
			<input type="radio"/> 1回に()ml・合	
10. 女性の方のみ	妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 可能性あり
	授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
11. 家族歴 ご家族に下記の病気をお持ちの方がおられましたら、ご記入をお願いします。(カッコ内に 父・母・兄弟 等				
狭心症() 心筋梗塞() 不整脈() 脳梗塞()				
高血圧症() 高脂血症() 糖尿病() その他()				
12. その他、ご希望や不安・心配なこと、ご質問等があれば、ご記入下さい。				