

## 問 診 表

熱 ( . ) °C

フリガナ	性別	生年月日			
お名前	男・女	T・S・H	年	月	日
〒					
住所					
携帯(自宅)番号	—	—	(身長	cm)	(体重
					kg)

## 1. 本日はいかがされましたか。

発熱がある・鼻水が出る・のどが痛い・咳が出る・痰が出る・頭が痛い・関節が痛い  
 お腹が痛い・吐き気がある・便秘が続いている・下痢をしている・からだに発疹がある  
 排尿時に違和感がある・足がむくむ

健康診断(本日)・会社健診等で再検査になった(項目 )

その他の症状がある( )

症状はない(来院理由 )

## 2. 血圧・血糖・コレステロールが高い、心臓や腎臓、肝臓などが悪いと言われたことはありますか。

はい(相談を希望する・相談を希望しない)・いいえ

## 3. 手術(盲腸の手術なども含む)やカテーテル治療、化学療法など入院治療されたことはありますか。

はい( )・いいえ

## 4. ご家族で以下の病気の方はいますか。該当のものを丸で囲み、括弧内にどなたか書いてください。

高血圧( )・糖尿病( )・高脂血症( )・心臓病( )・脳卒中( )

## 5. 現在、ほかの病院やクリニックに通院中ですか。服用しているお薬(市販薬含む)はありますか。

はい( )・いいえ

## 6. 喫煙歴はありますか。

はい(1日 本 歳まで / 現在まで)・いいえ

## 7. お酒はどのくらい飲みますか。

飲まない・ほとんど飲まない・週1回・週2~4回・週5~6回・毎日

## 8. アレルギー(食べ物のほか、花粉症・鼻炎・喘息を含む)や、使用できないお薬はありますか。

はい( )・いいえ

## 9. 当院をどこでお知りになりましたか。

ビル前の看板・駅中の看板・当院ホームページ・他社の医療機関紹介サイト

開業前チラシ・内覧会・友人知人からの紹介・薬局・その他( )

ご協力ありがとうございました。2枚目に個人情報に関する同意書がございます。

## 個人情報保護の取り扱いに関する通知書兼同意書

中村橋駅前内科クリニックは、皆さまの診療情報を含めた個人情報を厳重に管理するとともに以下のように取り扱います。なお、提供された個人情報については、臨床研究ならびに統計学的データ処理のために、個人を識別できない形態において利用させていただく場合がございます。

### 1. 利用目的

当院は、個人情報を以下の目的で取得し、利用いたします。

#### A. 皆さまへ適切な医療を提供するため

- (1) 当院が患者に提供する医療サービス
- (2) 当院の医療保険事務などを含む運営管理業務
- (3) 検体検査業務委託、ほか円滑に医療を提供するための業務委託
- (4) 他医療機関との連携
- (5) 他医療機関からの照会に対する回答
- (6) 事業者から委託された健康診断等の事業者への結果通知

#### B. 上記以外の利用目的

- (1) 外部監査機関への情報提供
- (2) 賠償責任時の資料作成
- (3) 医療サービスや業務維持・改善のための資料作成（匿名化）
- (4) 臨床研究・学会報告（匿名化）

### 2. 第三者（他医療機関など）への提供内容

A. 氏名、生年月日、年齢、性別、住所、電話番号ほか、当院に届け出られた事項

B. 診療情報

---

私の個人情報を上記の通り取り扱うことに同意します。

年 月 日

署名