

問診表

平成 年 月 日

| | | | | |
|--------|---|-----------|-----------------------|--|
| フリガナ | | 身長 () cm | 体重 () kg | |
| ご氏名 | 男 女 | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | |
| 郵便番号 | — | 電話番号 | () | |
| ご住所 | | | | |
| E-mail | @ | | | |
| 介護保険 | 介護保険 (有・無) 申請済の方は介護度を… (要支援・介護 1・2・3・4・5) | | | |

- ① 今日はどうなさいましたか。症状を簡単にお書きください。(例：咳が出て、お腹が痛い)
- ② これまでに大きな病気をされた事がありますか。(○印で囲んでください)
 高血圧・糖尿病・肝臓病・胃潰瘍・喘息・心臓病・腎臓病・結核・その他 ()
- ③ これまでに薬・注射などで副作用を起こした事がありますか。
 ない ・ ある (具体的に…)
- ④ 同居のご家族はおられますか。(○印で囲んでください)
 祖父母 ・ 父母 ・ 兄弟姉妹 ・ 夫婦 ・ 子 ・ 孫 合計 (本人含む 人)
- ⑤ 当院を何でお知りになりましたか。
 看板・紹介 (お名前) ・ ホームページ・広報もりぐち・その他 ()
- ⑥ アルコール (主に を1日 程度) たばこ (1日 本程度)
- ⑦ 現在妊娠中ですか。女性の方のみ (はい いいえ)
- ⑧ 現在生理中ですか。女性の方のみ (はい いいえ)
- ⑨ もしあなたがガンや難病になったときは、本当の病名を知りたいですか、
 知りたい ・ 知りたくない ・ その他 ()
- ⑩ 現在、他院で処方されて内服されているお薬はありますか? (はい いいえ)

薬名：
 _____ (下記【個人情報の取り扱いについて】をお読み頂き○で囲んで下さい。) _____

★当病院の個人情報の取り扱い(下記)に同意し、あなたの個人情報を当院に伝えますか? (はい・いいえ)

【個人情報の取り扱いについて】

1. 当院では、原則として患者様の診療・医院の運営管理の範囲のみで個人情報を収集・利用し研究目的などで個人と特定できる情報は利用致しません。
2. 診療・医院運営上、必要な臨床検査及び保険請求等で、個人情報を外部に知らせることがありますが、内部規定に従い精査した業者と契約を交わすなど、不正に利用されないように努めます。
3. 患者様が個人情報の開示・訂正・削除を希望される場合は、個人情報保護窓口までご相談下さい。
4. 個人情報の提供を拒否される場合は、受付にてお渡しする用紙に必要事項をご記入の上、ご提出頂けますようお願い致します。なお、その際には、診察に制限が生じますのでご了承下さい。

2007年10月1日

医療法人 橋本クリニック 院長 橋本 忠雄