

問診票

令和 年 月 日

裏面に記載の「当院における個人情報の利用目的」に同意した上で診察を申し込みます。

フリガナ		性別	職業
氏名		男・女	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号			
携帯番号	至急のお知らせがある場合がありますので、お持ちの方はご記入ください。		

1. 現在の症状について当てはまるものに、○をつけてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① 尿たんぱく | <input type="checkbox"/> ⑥ 検査所見異常 |
| <input type="checkbox"/> ② 腎機能の低下 | 内容： |
| <input type="checkbox"/> ③ 体がだるい | |
| <input type="checkbox"/> ④ むくみがある | <input type="checkbox"/> ⑦ 他院(腎臓内科)より紹介又は通院中 |
| <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> まぶた | 内容： |
| <input type="checkbox"/> その他() | |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 微熱が続く (体温 °C) | <input type="checkbox"/> ⑧ その他 |
| | 内容： |

2. 上記の症状はいつ頃からですか？

3. 今までに大きな病気、手術をしたことがありますか？

なし ・ あり (病名：)

4. 現在服用しているお薬はありますか？

なし ・ あり (薬品名：)

5. 薬品または食品にアレルギーはありますか？

なし ・ あり (薬品または食品名：)

6. (女性の方) 現在、妊娠または授乳されていますか？

はい (妊娠している 授乳している) ・ いいえ

7. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ ※マイナ保険証による情報取得に同意した場合、記載を省略可能

8. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

はい ・ いいえ

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との連携

他の医療機関等からの照会への回答

患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合

検体検査業務の委託その他の業務委託

ご家族等への病状説明

その他、患者さん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事務およびその委託

審査支払機関へのレセプトの提出

審査支払機関又は保険者への照会

審査支払機関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

当該患者さん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、企業等へのその結果の通知

医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

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

外部監査機関への情報提供