

診察申込書 (太枠内に記入し、保険証等を添えてご提出ください。)

申込日	年 月 日	カルテ番号	
ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)		
住所	〒 - 都 道 府 県 市		
連絡先	自宅	-	-
	携帯電話	-	-
	緊急連絡先	-	-
	緊急連絡先氏名	続柄	
質問事項		解答欄	
紹介状はお持ちですか？		はい ・ いいえ	
以前にご来院されたことはありますか？		はい ・ いいえ	
担当事業所名			
ケアマネージャー			
介護度		要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	

※当院がお預かりする個人情報、院内に掲示してあります
「個人情報の取り扱いに関するお知らせ」に記載している
目的のみに利用させていただきます。

※当院では外来受付や診察室等でお名前をお聞きすることがございますが、
患者さんの誤認防止活動の一環ですので、ご協力のほどお願いいたします。

光華もの忘れ・フレイルクリニック

個人情報保護管理責任者

上田 敬太

医療情報使用についてのお願い

光華もの忘れ・フレイルクリニックでは、患者様とご家族に、より充実した医療とサポートを提供するために、さまざまな研究や事例検討等を行なっています。その際、患者様やご家族にご記入いただいた各種問診表や通常の診療で行なう各種検査の結果、診療記録の記載内容等を整理・検討し、研究データとして使用し各種学会等で発表させていただいたり、医療や介護のケアを向上するための各種研修会において、事例として挙げさせていただくことがあります。

その場合には、データは記号化して統計的に処理されるか、あるいは個人情報に改変を加えて公表いたしますので、プライバシーが外部に漏れたり、身元や個人が特定される形でデータが公表されることはありません。

なお、何らかの理由でご同意がいただけない場合でも、治療に際して一切不利益になることはありません。以上の件につきましてご理解いただき、次の同意書にご署名をお願いします。

光華もの忘れ・フレイルクリニック 宛

同意書

私は、通常診療の中で実施した問診表や検査結果等、診療記録の記載内容等の医療情報として使用し、学会や各種研修会等で公表する可能性があることについて説明を受けました。

データの使用について、

() 同意します

() 同意しません

令和 年 月 日

ご本人の署名 _____

または、代理人様の署名 _____

患者氏名: _____ 年齢 () 歳 性別 (男・女) 職業()

記入者氏名: _____ 続柄 () 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 頭痛 めまい 吐き気 ふらつき 力が入らない 麻痺 しびれ むくみ
痛み(部位:) 体のふるえ 鼻水・鼻づまり せき・たん
動悸 関節の痛み 息苦しい 体がだるい 食欲がない 腹痛 下痢
吐き気 皮膚のかゆみ 検査希望・予防接種 他院からの紹介(紹介状持参)
その他()

2. 症状はいつごろから始まりましたか？

- () 日前から () カ月前から () 年前から () 歳頃から

3. 症状はどのように変化していますか？

- 変わらない 良くなっている 悪くなっている 良くなったり悪くなったりしている

4. 現在治療中の病気はありますか？

治療中の場合は病名と病院名をご記入ください。

病名()
病院名()

5. 過去にかかった病気はありますか？

- 脳梗塞／脳出血 高血圧 心疾患 不整脈 糖尿病 がん()
 その他()

6. 現在服用中のお薬はありますか？

- なし あり(お薬名)

7. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり(お薬名や食べ物名)

8. お酒を飲みますか？

- 飲まない 飲む 週() 日 種類・量()

9. タバコを吸いますか？

- 吸わない 吸う 日() 本 やめた() 年前に

10. 女性の方にお伺いします。現在の妊娠の有無

- なし あり →授乳中ですか いいえ はい

11. ご家族・血縁の方に脳神経疾患の病気の方はいらっしゃいますか？ 例: 父 パーキンソン病

- いない いる(続柄: 病名:)