

ふりがな			性別
名前			男性 ・ 女性
住所	〒	生年月日	
		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
電話番号	①	— —	
①以外の連絡先 (緊急時等にご連絡させて頂くことがあります)			
電話番号	②	— —	続柄
電話番号	③	— —	続柄

下記の質問にお答えください。

◎今までに当院 (クリニック) を受診されたことはありますか? はい ・ いいえ

◎本日はどうされましたか?

頭痛	せき	鼻水	のどが痛い	熱がある ( °C)
腹痛	下痢	吐気	食欲がない	体がだるい
その他				

◎現在通院中の医療機関はありますか? はい ・ いいえ

( 医療機関名 : )

◎介護保険証はお持ちですか?

( はい →いくつですか? 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

◎[はいと答えた方のみ]ケアマネジャーの居宅名、氏名を記入してください。

( 居宅名 : ) ( 氏名 : )

◎[はいと答えた方のみ]リハビリは現在利用していますか? はい ・ いいえ

( はい → 病院 通所リハビリ 訪問リハビリ )

◎現在服用中のお薬はありますか? はい ・ いいえ

( 薬の名前 : )

◎お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか? はい ・ いいえ

( はい → )

◎[女性の方のみ]現在、妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ

◎当院 (クリニック) は院外処方の為、お薬は調剤薬局となります。

ご希望 (ご利用中) の薬局はありますか? はい ・ いいえ

( はい → 薬局) (FAX 番号 : )

◎当クリニックは何でお知りになりましたか?

- 他医療機関からの紹介
  ご家族様、知人より紹介
  自宅・職場に近い為
  電話帳  
 健診
  ホームページ
  看板等の広告
  その他 ( )

◎裏面の個人情報に関する 同意にサインをお願いします。

# 個人情報取り扱い同意書

和光会グループは、個人の人格尊重の基本理念のもと、取り扱う個人情報の適正な管理のために、個人情報の保護に関する法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守するとともに、「個人情報保護規程」に基づき次のとおり個人情報の保護を行います。

## 1 個人情報の適正な取得、利用

法人は、個人情報を適法かつ適正な方法で取得し、別表 1に掲げる利用目的の範囲内で利用します。

※別表 1 は、院内に掲示させて頂いております。

## 2 個人情報の第三者への提供

法人は、別表 2に該当する場合及び法令等の規定に基づく場合を除き、個人情報を事前にご本人の同意を得ることなく第三者に提供しません。

なお、別表 2に記載している各目的のために、その欄に記載している提供先に個人情報を提供することがあります。特に和光会グループの医療介護情報連携において、診療情報等電子カルテネットワークへ登録されます。当該情報は医療・介護サービスの提供に必要な範囲内に限られます。

このことについてご異議のある方は、職員にお申し出下さい。

※別表 2 は、院内に掲示させて頂いております。

## 3 個人情報の適切な管理

法人は、保有する個人情報について、その利用目的の範囲内において正確かつ最新の内容に保つよう努めるとともに、漏えい、滅失、き損などが生じないように十分配慮し、安全に管理します。そのために必要な職員の教育・研修を継続的に行います。

## 4 個人情報の開示、訂正、追加、削除、利用停止等

法人は、保有する個人情報について、ご本人から自らの個人情報の開示、訂正、追加、削除、利用停止や利用目的の通知の請求がなされた場合は、必要な調査のうえ速やかに対応します。

(開示等の請求方法は、別表 3に記載のとおりです。詳しくは、施設・事業所の職員にお尋ね下さい。) ※別表 3 は、院内に掲示させて頂いております。

## 5 苦情への対応

法人は、保有する個人情報の取扱いに関して苦情が寄せられた場合は、適切かつ迅速に対応します。また、対応結果については、申し出された方に通知します。

(苦情のある方は、ご利用の施設の「苦情受付担当者」にお申し出下さい。詳しくは、施設・事業所の職員にお尋ね下さい。)

私は、上記の個人情報取り扱い事項について同意します。

署名 \_\_\_\_\_