

### 問診票 一般用

予約決定日時: 月 日 時 分

記入者: 本人・配偶者・母・父・その他( )	
ご本人	フリガナ:
	氏名: (男・女)
	生年月日: 西暦 年 月 日 ( ) 歳
	住所: 〒 -
	自宅電話: 携帯電話: [本人・母・父・その他( )] クリニックの名前を出してお電話しても構いませんか (はい・いいえ) 職業または学校名:

1. 主な心配ごとは何ですか。また、それはいつからですか。
2. 今までに相談・医療機関に行かれたことはありますか。(ない・ある)  
( ) 歳 施設名: 担当者: 内容・結果:
3. 今までにかかった主な病気やけがはありますか。  
( ) 歳 病名:
4. 現在常用している薬はありますか。  
ない・ある(薬剤名: )
5. アレルギー性疾患はありますか。(ない・ある)  
食べ物アレルギー(食品名: ) 薬アレルギー(薬剤名: )
6. 同居の家族構成と年齢をお書きください 例: 母(50歳)、弟(20歳)
7. その他、医師に知らせておきたいこと・ご希望があればご記入ください。
8. 当院をどこでお知りになりましたか。  
紹介(紹介元: )・インターネット・その他( )

ご協力ありがとうございました。この内容は診療以外の目的には使用しません。

## 個人情報取扱のお知らせと、同意のお願い

ファミリーメンタルクリニックでは、個人情報を下記の目的で利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。お気づきの点は、お気軽にお申し出ください。

### 個人情報の利用目的

#### 1. 医療提供

- ① 医療サービスの提供
- ② 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携、紹介への回答
- ③ 外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④ 検査業務(血液検査など)の委託
- ⑤ ご家族などへの病状などの説明  
\*ご家族以外の方のみが来院される場合は、ご家族の書面での同意が必要です。
- ⑥ その他、医療提供に関する利用

#### 2. 診療費請求のための事務

- ① 医療保険の支払を審査する機関へのデータの提出、照会への回答
- ② その他、医療保険や公費負担医療の診療費請求

#### 3. 当院の管理運営業務

- ① 会計・経理
- ② 事故等の報告(医師賠償責任保険の届出等)
- ③ サービスの向上、業務の維持・改善のための資料
- ④ その他、当院の管理運営業務

#### 4. 学会、研究会その他、医学・医療の知見向上を図るための情報の利用

\*さらに研究倫理上必要な場合には、個別での「説明と同意」をさせていただきます。

\*上記のうち、同意しにくい事項がある場合はその旨をお申し出ください。

\*お申し出がない場合には、同意いただけただけのものとして取り扱います。

\*お申し出は後からいつでも撤回、変更ができます。

同意年月日 西暦 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_ (18歳未満の方)保護者氏名 \_\_\_\_\_