

診療申込書

* 太線の中のみ記入して下さい。

				年 月 日	
フリガナ		世帯主名	生年月日	性別	
氏名		続柄	年月日	男・女	
				年令	
				才	
現住所	〒 □□□-□□□□	住所			
		電話 ()	携帯 ()		
連絡先	〒 □□□-□□□□	氏名	(続柄)		
		電話 ()	携帯 ()		
・以前、この病院にかかったことがありますか				(はい・いいえ)	
・紹介状をお持ちですか				(はい・いいえ)	
・当院における個人情報の利用目的(裏面)に同意しますか				(はい・いいえ)	
登録番号		受付	入力	確認	

医療法人社団 葛西昌会

葛西昌医会病院

188-09-002

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

●医師の質の向上を目的とした当院内での症例研究

●医療の質の向上の為、個人情報を削除して学会発表、研修、検討会等での利用

●外部監査機関への情報提供

- 付記
1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について、同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
 2. お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。
 3. これらのお申し出は、いつでも変更することが可能です。