

診療申込書

年 月 日

本人

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	年 月 日 (満 歳)	
携帯電話	()	
電話番号	()	
フリガナ		
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

緊急連絡先

フリガナ		続柄
氏名		
携帯電話	()	
電話番号	()	
フリガナ		
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(病院使用欄)	<input type="text"/>	入力	確認							
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----	----	--

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、訪問ステーション、介護サービス事業者との連携
- 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、外部の医師等への意見・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及び委託
- 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日請求のための利用

●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。