

腎臓内科 問診票

令和 年 月 日

裏面に記載の「当院における個人情報の利用目的」に同意した上で診察を申し込みます。

| | | | |
|------|------------------------------------|-----|-----------|
| フリガナ | | 性別 | 職業 |
| 氏名 | | 男・女 | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 | 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| 携帯番号 | 至急のお知らせがある場合がありますので、お持ちの方はご記入ください。 | | |

1. 現在の症状について当てはまるものに、○をつけてください。

- | | |
|---|---------------------|
| ① 尿たんぱく | ⑥ 検査所見異常 |
| ② 腎機能の低下 | 内容： |
| ③ 体がだるい | |
| ④ むくみがある | ⑦ 他院(腎臓内科)より紹介又は通院中 |
| <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> まぶた | 内容： |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |
| ⑤ 微熱が続く(体温 °C) | ⑧ その他 |
| | 内容： |

2. 上記の症状はいつ頃からですか？

3. 今までに大きな病気、手術をしたことがありますか？

なし・あり(病名：)

4. 現在服用しているお薬はありますか？

なし・あり(薬品名：)

5. (女性の方)現在、妊娠されていますか？

はい・いいえ

6. (女性の方)現在、授乳されていますか？

はい・いいえ

7. 診療費明細書の発行は必要ですか？

必要・不要

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

医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

外部監査機関への情報提供