個人情報の取り扱いについて

当院では、患者様の個人情報を以下のように取り扱います。適切な医療サービスを提供するため、下記の内容をご確認いただき、同意のうえ、診察申し込みいただきますようお願い申し上げます。

１．利用目的（詳細については別掲の「当法人における個人情報の利用目的」をご参照ください）

1. 患者様へ適切な医療サービスの提供のため
2. 病院事務・管理を適切に行うため
3. 法令・行政上の業務の対応のため
4. 保険請求業務のため
5. 家族等への病状説明のため
6. 医療機関の管理運営業務のため(業務改善の基礎資料、学生実習への協力、教育・研修、症例検討・死因検討、研究・治験及び臨床試験、各種ｱﾝｹｰﾄ調査、監視ｶﾒﾗによるﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ)
7. 医療の質の向上、学会・医学誌等への発表のため

以上の利用目的以外で患者様の情報を利用する場合、患者様ご本人に個別理由を説明し同意を得た上で行うものといたします。ただし、緊急の場合、治療上必要な場合等、当院が必要だと判断した場合は、利用を優先し、後ほどご説明させていただきます。

２．個人情報の第三者提供について

患者様の個人情報は、あらかじめ患者様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、以下の利用目的に該当する場合は、患者様から特にお申し出がない限り、医療サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、患者様の個人情報を第三者に提供する場合があります。

(ｱ)医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること

(ｲ)医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること

(ｳ)医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること

(ｴ)患者様への医療の提供に際して、ご家族等への病状の説明を行うこと

３．業務委託について

医療を提供するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。

検査業務、医療事務関連業務、清掃業務、情報システム管理、廃棄物処理等

４．患者様の権利

当院の管理する全ての個人情報については、ご本人による開示請求、訂正・削除・利用停止等（法令に違反することとなる場合等を除く）の権利を行使することが可能です。個人情報相談窓口までご相談ください。

５．マイナンバーカード、資格確認書の写し取得について

当院は診療情報を取得・活用する事により質の高い医療の提供に努めております。正確な情報を取得・活用する為、マイナンバーカード、資格確認書等をコピーさせて頂く場合がございます。取得した情報は、法令に基づく目的以外には利用せず、不要となった場合は速やかに廃棄致します。

当院を初めて受診する方、または変更のある方のみ、下記のいずれかに〇印を付けてお答えください。

●万一上記の事項についてご同意をいただけない場合には、適切な医療サービスの提供に支障が出る場合がございます。

●利用目的のうち、同意しがたい事項がある場合には、下記のいずれかに〇印を付けた上で、下記のご意見・ご要望欄にご記入ください。

●ご同意いただいた後でも個別に不同意の表明をすることが可能です（不同意の撤回を含む）。

同意する　　一部同意しない　　同意しない

●個人情報の取り扱いに関するご意見・ご要望

医療法人社団美心会　理事長：黒澤 功
個人情報保護管理者：和田 祐一
個人情報Ｂ相談窓口：027-352-9000

Q4-16-21-00-01N（医療事務部　2603）

HPC 用

問　診　表

アレルギー	妊娠
あり・なし	あり・なし

2026 年　　月　　日

ID：

KT＝　　℃	BP　　／　　P	SpO2　　%

ふりがな お名前		性別	男 ・ 女	年齢	歳	身長	cm
						体重	kg

紹介状（あり・なし）　／ ドックや健診等の再検査 ／ 交通事故 ／ 仕事中のけが

どうなさいましたか？　一番お困りのことは？

（　　）

それはいつからですか？

（　　）

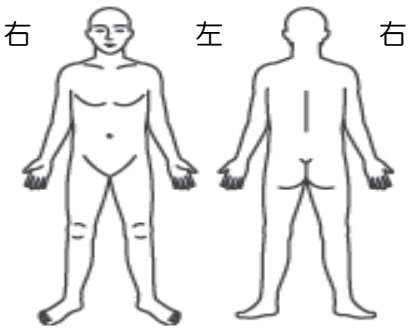
症状について詳しくご記入ください。

（　　）

上記について他の病院に受診しましたか？　いいえ ・ はい

病院名（　　）

症状がある部分を〇で囲んでください。



該当するものを〇で囲んでください。

血液をさらさらにする薬　　ペースメーカー　　埋め込み式除細動器（ICD）

妊娠中・妊娠の可能性あり　　授乳中（生後　　ヶ月）　　該当するものなし

他の医療機関で治療中の病気はありますか。	いいえ	はい	病院名（　　） 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 喘息 脳疾患（　　）・心疾患（　　） 悪性腫瘍（　　） その他（　　）
これまでに大きな病気にかかったことはありますか。（入院・手術を要する）	いいえ	はい	病名（　　）医療機関名（　　） いつ頃（　　）治療内容（　　）
他の病院で使用している薬はありますか（市販薬も含む）。 （マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近 1 ヶ月以内の処方薬を除き記載省略可）	いいえ	はい	＊お薬手帳など薬の名前が分かるものをお持ちですか。 （ 持参なし ・ 持参あり　→　検薬 ） ＊使用している薬の名前をご記入ください。 （　　）
今までに、薬や食べ物で体に合わなかったこと（かゆみ・発疹・吐き気など）がありますか。	いいえ	はい	お薬　　食べ物 （　　）（　　） どのような症状がありましたか。 （　　）
この 1 年間で健診（特定健診、高齢者健診に限る）の受診はありますか。 （マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載省略可）	いいえ	はい	受診時期：（　　） 指摘事項（　　）

※上記内容は、診療以外の用途には使用致しません。

担当

個人情報の取り扱いについては裏面をご確認ください。

Q4-16-21-00-01N（医療事務部　2603）