

# 診察申込書

令和 年 月 日

洛和会音羽リハビリテーション病院

フリガナ		性別
お名前		男・女
生年月日	明・大 昭・平・令	年 月 日 ( 歳)
ご住所 (変更有・無)	〒 - マンション名	
ご連絡先 (変更有・無)	自宅電話番号 ( ) -	携帯電話番号 ( ) -
◆ かかりつけ病院・医院はございますか？	有 病院 無 医院	
◆ 本日紹介状はお持ちですか？	はい いいえ	
◆ 本日お薬手帳はお持ちですか？	はい いいえ	
◆ 受診についてお答え下さい	本日の受診は、交通事故ですか？ ( はい ・ いいえ ) 本日の受診は、仕事上のけがですか？ ( はい ・ いいえ ) 本日の受診は、通勤中のけがですか？ ( はい ・ いいえ )	
ご記入戴きましたら、保検証、公費受給者証を添えて、総合受付にご提示ください。 また紹介状、画像データをお持ちの方は併せてご提示下さい。		

当院における患者さん、利用者さんの個人情報の利用目的は以下の通りです。

## 1.医療提供

- ・当院での医療サービス、介護サービスの提供
- ・他の医療機関等からの照会への回答
- ・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
- ・患者さまの診療のため、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、患者さまへの医療提供に関する利用

## 2.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

## 3.当院の管理運営業務

- ・病院運営に関する会計・経理業務
- ・医療事故等の報告
- ・入退院等の病棟管理
- ・当該患者さまの医療サービスの向上に関する利用
- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用

## 4.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

## 5.行政庁や自治体等または外部監査機関等による監査、公益団体による調査等、法令等に基づくもの

## 6.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

## 7.医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

## 8.当院内において行われる医師、看護師などの医療実習への協力

## 9.医療・介護の質の向上を目的とした学会活動、学術研究

## 10.外部監査機関への情報提供

## 個人情報の利用に関する同意書

※必ずご記入ください

ご確認の上、ご同意いただけましたら下記にご署名お願い致します。

患者様署名 \_\_\_\_\_ 代筆者署名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

※なお、利用目的について同意しがたい項目がある場合は別途お申し出ください。