

診察券NO	初診日:	未婚 ・ 既婚	血液型	型
フリガナ		生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢	才
お名前	男	ご職業		
	女	キャンペーンのお知らせを 郵送にて希望 / メールにて希望 / 不要		
住所〒		PCアドレス		
		携帯アドレス		
電話番号	-	当院(ホームページ)をお知りになったきっかけに○をして下さい。 検索サイト/メルマガ/雑誌/フリーペーパー/紹介/タウンページ/他( )		
携帯電話	-	【 】 他もしくはご紹介者がいる場合は下記に詳細をご記入下さい。		

◇本日ご来院のご相談内容をご記入下さい。

◇形成外科、皮膚科などで手術、レーザー等を含めて何か治療をされたことはありますか？ はい / いいえ  
「はい」とお答えの方はどのような治療をいつ頃受けられたか、具体的にご記入下さい。

◇エステサロンで光治療や、脱毛等を受けていますか？または受けたことがありますか？ はい / いいえ  
「はい」とお答えの方はどのようなものをいつ頃から受けられているかご記入下さい。

◆今まで治療に長期間かかった病気がありますか？(例:心臓病、糖尿病など)

ない / ある (病名 )

◆現在、その病気は治っていますか？ はい / 治療中

◆過去に肝炎ウイルス等の感染症を指摘されたことはありますか？ いいえ / はい (症名 )

◆過去の既往歴で該当するものがあれば○をつけ、なければその他の欄にご記入下さい。

( がん 伝染病 ヘルニア 高血圧 血栓症 糖尿病 ケロイド体質 鬱 ) その他( )

◆常用薬はありますか？ いいえ / はい (薬品名 )

◆麻酔(歯科含む)の使用によってご気分が悪くなった経験はありますか？ いいえ / はい

◆光(日光)アレルギーはありますか？ いいえ / はい

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ / はい (薬名、食物名 )

### 【個人情報の保護についての同意書】

□四谷見附クリニック(以下、当院)では、個人情報保護法に基づき、カルテ・問診票などにおける個人の情報全ての取扱い、プライバシーの保護に細心の注意を払い、また、医師を始めとする診療スタッフ全員が、診療における守秘義務を厳守しております。

□当院では診療科目の特性上、診療内容に応じて診療前・中(経過)・診療終了時に診療部位の写真撮影と保管を行っております。これらの目的としては、診療の経過観察及び万が一のトラブルの際の比較の為で、その他に使用されることは一切なく、また、院外に漏出することのないよう、細心の注意を払っております。

□尚、モニター協力者に関しても写真など、個人情報の一部とみなされる情報の媒体公開などを行う場合には、ご協力を頂く際必ずその内容を明確にし、ご本人様の同意を頂いた上で行います。

□当院を利用するにあたり、ご利用者はその内容・感想において当院が損害や迷惑を被るような情報を一切外部に漏出しないことを了承したものとします。

□当院の個人情報収集の目的は、全て適切で安全な診療を履行する為であり、それ以外に使用する事は一切ありません。ただし、患者さまの心身的利益になり得ると考えられる当院の診療資料や情報についてはメール及び書面の送付にてお知らせする場合がございます。その場合は必ず個人様親展とし、第三者に伝わることのないよう細心の注意を払います。

□当院では、これらの個人情報を原則として開示する事はありません。ただし、これらの情報は、法律によって開示を求められた場合、当院はこれに応じて、当院の権利や財産を保護する目的で開示することがあります。 以上

四谷見附クリニックの個人情報保護方針について同意致します。

平成 年 月 日 患者署名 \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 )