

問 診 票

年 月 日

※裏面の施設間同意書もご記入ください

ふりがな					男・女
氏名					
生年月日	大正・昭和 平成・令和 西暦	年	月	日	才
住所	〒 -				
電話番号	() -	携帯番号			
かかりつけ医	無・有→ ()	かかりつけ薬局	無・有→ ()		
身長	cm	体重	Kg	体温	℃

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？（交通事故・工作中・通勤中・学校・その他）

●いつから（ 月 日 時頃から）（ 日前頃から）

●どこが、どんな感じですか？

部位:

症状:

(その他気になる症状があれば○で囲んでください)

頭をぶつけた	頭痛	吐気、嘔吐	けいれん
目が見えづらい	ふらつき	物忘れ	発熱(. ℃)
咳、痰	下痢	言葉がしゃべりにくい	
手足が動かしにくい(右手・右足・左手・左足)	しびれ(右手・右足・左手・左足)	指先・顔面	
胸痛	動悸	息切れ	手足の浮腫み
			腹痛

2. 今までにかかった病気はありますか？（○で囲んでください）（はい・いいえ）

高血圧・糖尿病・高脂血症・脳疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大症
緑内障・胃潰瘍・リウマチ・痛風・喘息・結核・その他()

3. 現在処方されている薬はありますか？あればご記入ください。（はい・いいえ）

また、お薬手帳をお持ちの場合は診察までにご準備下さい。

()

4. 手術を受けられた事がありますか？（はい・いいえ）

手術部位()

いつ頃受けられましたか？(年 月頃)

5. 薬や食べ物でアレルギーを起こされたことはありますか？（はい・いいえ）

6. 喫煙歴はありますか？（はい・いいえ）

はいの方⇒ 本/日 歳から 歳まで 年間

7. アルコールは飲みますか？（はい・いいえ）

はいの方⇒ 回/週 1回量()

8. 最近、周囲に新型コロナ、インフルエンザと診断された方はおられますか？（はい・いいえ）

9. 最近、海外への渡航歴ありますか？（はい・いいえ）

10. 女性の方にお聞きます 現在妊娠している可能性はありますか？（はい・いいえ）

授乳中ですか？（はい・いいえ）

★ 当院の個人情報保護の取り扱いについて同意頂けますか？（はい・いいえ）

ご本人自署

代理人

続柄

*ご質問やご相談は、個人情報保護相談窓口の担当者にお申し出下さい。

マイナ保険証の利用を通じて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供を務めておりますので、ご利用にご協力をお願いいたします。

【裏面あり】

医療介護情報共有 同意説明書

医療法人社団 六心会 及び 社会福祉法人 黎明会 では、医療・介護の質と安全性の確保のため、電子カルテシステムを運用しています。
また、厚生労働省が推進している診療・介護情報の共有化を行い、正確な情報に基づいた高度で安全な医療・介護・健診等を提供する為に、この電子カルテシステムを用い両法人内の病院と介護・福祉事業所を接続して診療・介護・健診等の情報の共有を行います。以下の主旨をよくご理解いただいた上でご同意ください。

- 1 診療・介護情報の共有化の目的
利用者様のプライバシー保護を厳重に図りながら診療・介護・健診等情報の一部を両法人内の医療圏の医療・介護・福祉事業所とで共有し、質の高い安全な医療・介護の提供を可能にすることを目的としています。
- 2 個人情報の安全確保
この電子カルテ情報共有システムでは、患者様・利用者様の診療・介護・健診情報等を守るために次のような対策を講じています。
(1) 診療・介護・健診情報等を見ることができるのは、連携医療機関・介護事業所の閲覧を認められた職員のみとします。
(2) 外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。
- 3 運用
この電子カルテ情報共有システムについて担当者から説明を受け、目的、意義、安全性確保等に同意された方のみ運用させていただきます。
この電子カルテ情報共有システムの運用を希望されない場合や途中で運用をとりやめたい場合は、ご相談下さい。

医療介護情報共有 利用同意書

◇連携医療・介護機関

医療法人社団 六心会

恒生病院

恒生かのこ病院

恒生かのこ病院 訪問リハビリテーション室

恒生かのこ病院 通所リハビリテーション室

介護老人保健施設 エスペランサ

介護老人保健施設 エスペランサ 訪問リハビリ

介護老人保健施設 エスペランサ 通所リハビリ

訪問看護ステーション ルシエール

指定居宅介護支援事業所 ケアメイト

訪問看護ステーション ルシエール神戸

居宅介護支援事業所 ケアメイト神戸

訪問介護ステーション クオーレ神戸

サービス付き高齢者向け住宅 かのこヒルズ

社会福祉法人 黎明会

特別養護老人ホーム オーキッド

◇患者様・利用者様記載欄

私は、電子カルテ情報共有システムの利用に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療・介護・健診情報等を電子カルテシステムを用いて医療法人社団 六心会 並びに社会福祉法人 黎明会 の医療・介護機関の職員が閲覧することに同意します。

上記の内容について説明を受け、十分理解しましたのでこれに同意します。

同意日： 年 月 日

患者・利用者氏名： 男・女

生年月日： 大正・昭和・平成・西暦 年 月 日

※ 患者様・利用者様をご自分で記載できない状態のときは代理人が必要です。
自筆でご署名ください。

代理人記載の場合 代理人氏名： 続柄