

問診票 (健診用)

平成 年 月 日

ふりがな		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	女				歳
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

既往歴・現病歴・体調・自覚症状

①最近、又は本日の体調、症状等で気になることはありますか？

いいえ ・ はい (内容:)

②現在治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい ()

③今までに病気にかかったことがありますか？

・特になし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胆石 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 貧血
・ 高脂血症 ・ 喘息 ・ その他 ()

薬剤に関して

①今飲んでいるお薬はありますか？

いいえ ・ はい ()

②今までに薬で副作用はありましたか？

いいえ ・ はい (薬剤名:)

ご家族の既往歴・治療歴

ご家族に既往歴のある方はいますか？

・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞
・ 癌 ・ 気管支喘息 ・ その他 ()

職業について

①仕事内容: ()

②労働時間: 週 () 日、 1日約 () 時間

生活歴・生活習慣について

①タバコを吸いますか？

吸っていない・吸っている (1日平均 本 年間)・以前吸っていた (1日平均 本 年間)

②お酒を飲みますか？

いいえ ・ 時々飲む ・ 毎日飲む

ビール1本 又は 日本酒1合 又は ウイスキー水割り1杯	ビール2本 又は 日本酒2合 又は ウイスキー水割り2杯	ビール3本 又は 日本酒3合 又は ウイスキー水割り3杯
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

※該当する項目に○を付けてください

③運動習慣がありますか？

いいえ ・ はい (運動内容: 週・月に 回程度)

女性の方にお伺いします

①検査日現在、生理中ですか？ (はい ・ いいえ)

②検査日現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

(受診者の皆様へ)

健康診断における個人情報の取り扱いに関する同意について

クリニック大倉（以下当クリニック）では、受診者の皆様の個人情報の取り扱いについて、医療関係法令等の規約等を遵守し、安全かつ厳密に管理してまいります。以下の利用目的等をご確認いただき、同意の上、お申込みいただきますようお願いいたします。

◆個人情報の利用目的

当クリニックでは、健康診断を通じて得た個人情報を以下の目的に使用いたします。

1. 市町村・事業所・健康保険組合・所属団体等からの健康診断受託業務のため
2. 健康診断の予約・事前準備・受付・問診・検査・診察・判定・指導・結果報告・紹介状発行など
3. 健康診断の結果、精密検査や再検査が必要となった方への受診推奨など
4. 健康診断に関するご請求や会計処理など
5. 健診精度の適切な管理を行うための調査、分析、精密検査結果や追跡調査等の把握管理など
6. お問い合わせへの対応
7. その他管理運營業務や健康診断に関わるご案内をする場合など

◆個人情報の提供

受診者の皆様の個人情報はあらかじめ同意を得ることなく、外部へ提供することはありません。ただし、法令の規定による場合や外部への検体検査の委託、健康診断業務を円滑に進めるため、以下のとおり個人情報を提供または委託することがあります。

1. 他の病院、診療所、健康診断機関等との連携
2. 他の医療機関等からの精密検査や治療のための照会への回答
3. 健康診断委託元（市町村・事業所・健康保険組合など。以下、委託元）への結果報告

※健康診断結果の送付に関して当クリニックは個人情報保護法に基づき、受診者様のご自宅への郵送またはご本人への手渡しとしておりますが、委託元との取り決めにより委託元より定められた部署または担当者様へ結果の送付をさせていただきます。（ただし、受診者様が個人的に受診した項目については、結果の送付を行いません）

4. 健康診断委託元の医師（産業医）・保健師・衛生担当医当からの照会
5. 健康診断結果判定等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
6. 外部監査機関や法令等の定めに基づき情報提供を求められた場合や届出など
7. 外部への委託

◆個人情報の提供の任意性

個人情報の提供はあくまで任意ですが、必要な個人情報の一部または全部をご提供いただけない場合は、適正な健康診断をご提供できない場合があります。

個人情報利用承諾確認書

平成 年 月 日

私は、クリニック大倉に提供した、私自身の個人情報を、上記目的で使用されることに、同意します

署名 _____