

# 患者様情報

年 月 日

ふりがな				〒 (      -      )																								
お名前 ※受診される方			男 女																									
生年月日	( 昭和・平成 )	年	月 日																									
携帯電話 ※保護者の方	- -			自宅電話 ※保護者の方																								
兄弟 姉妹	● 兄弟/姉妹が ( います・いません )																											
	⇒ 「います」を選択した方は、以下もご記入下さい。																											
	<input type="text"/> 人兄弟/姉妹の <input type="text"/> 番目																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>本人との続柄</th> <th>年齢</th> <th>園/学校名</th> <th>学年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>例</td> <td>兄</td> <td>7 歳</td> <td>瑞江小</td> <td>2 年</td> </tr> <tr> <td>①</td> <td></td> <td>歳</td> <td></td> <td>年</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td></td> <td>歳</td> <td></td> <td>年</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td></td> <td>歳</td> <td></td> <td>年</td> </tr> </tbody> </table>					本人との続柄	年齢	園/学校名	学年	例	兄	7 歳	瑞江小	2 年	①		歳		年	②		歳		年	③		歳	
	本人との続柄	年齢	園/学校名	学年																								
例	兄	7 歳	瑞江小	2 年																								
①		歳		年																								
②		歳		年																								
③		歳		年																								
		園/学校		● 通っている園/学校を教えてください。 ↓マル(○)を付けて下さい ・まだ乳幼児のため → 通っていない ・園/学校名 保育園 幼稚園 小学校 中学校																								

希望する薬の形態をお選び下さい。(複数選択可)

薬剤はどの形態が よろしいですか？	シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ その他希望 (      ) ・ 特に希望なし
----------------------	---

質問やご要望があれば下記にご記入下さい。

質問/要望	
-------	--

アンケートにご協力をお願い致します。該当するものにマル(○)を付けて下さい。(複数選択可)

当院のことを 何で知りましたか？	駅のポスター ・ 当院建物の看板 ・ インターネット検索 ・ 新聞の折込チラシ 1階のウエルシアさんでチラシ/うちわをもらった ・ 家族の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 兄弟が受診している 地域情報紙 ・ 保育園や幼稚園の先生から紹介された その他 (      )
---------------------	---

## 【個人情報の管理と保護者同意について】

当院では個人情報に関する各法令及びガイドラインに基づいた管理を行っております。  
 当院で保管する患者様情報、保険証・医療証・母子手帳より診療録(カルテ)に記録された情報は、  
 ご本人様の同意(患者様情報は保護者様の同意)の上、お預かり致します。

患者様情報は、始めて受診されるお子様の基本的な情報を保護者様が記入して下さい。  
 また、連絡先については、当クリニックがご連絡を差し上げる方の携帯番号・電話番号のいずれかをご記入下さい。  
 携帯電話・電話番号は当クリニックから保護者様(ご連絡を差し上げる方)へ連絡する場合に使用します。

受診により知り得た情報は、法律上等の正当な理由がある場合を除き、  
 本人様もしくは保護者様(患者様情報記入者)の同意なしに、譲渡、開示等は致しません。  
 個人情報の取り扱いについて、本人もしくは、保護者様(患者様情報記入者)からの開示や変更の依頼があれば、  
 所定の手続きにて対応致します。

保護者氏名 または 本人氏名 : \_\_\_\_\_ (続柄 : \_\_\_\_\_)