



# 診療申込書

年 月 日

フリガナ		性別 男・女
お名前		
生年月日	T・S・H 年 月 日生	
ご住所	〒	
電話番号		

下記、個人情報の利用目的に同意されますか？（はい いいえ）

- ※ 下記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出ください。
- ※ お申し出がない場合、上記にご回答がない場合は同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
- ※ このお申し出はいつでも変更することができます。

## 二本松眼科病院における個人情報の利用目的

### ◆医療提供

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

### ◆医療費請求の為の事務

- ・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

### ◆当院の管理運営業務

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

### ◆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

### ◆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

### ◆医療・介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料

### ◆当院内において行われる医療実習への協力

### ◆医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

### ◆医療の質の向上のため、個人情報を削除して学会発表、研修、メディア、検討会等での利用

### ◆外部監査機関への情報提供