# 外 来 診 療 申 込 書

青枠内をご記入ください。

□ 裏面の【個人情報保護方針について】を読んだうえで承諾いたします。
（ご承諾の場合は左記□にチェックをお願いいたします。）

□CD（□返却） □フィルム（□返却）

□本日入院
□12 □96 □98

□ 先取り

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

令和　　年　　月　　日

| フリガナ | | 性 別 | | 生 年 月 日 | 年 齢 |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏 名 | | 1 男 | 2 女 | 大 昭 平<br>令 西暦　　年　　月　　日 | 歳 |

| フリガナ | | 国籍 Nationality<br>□ 日本国籍以外<br>（　　）<br>国籍をご記入ください。 |
|---|---|---|
| 住 所 | 都 道<br>府 県 | |
| 郵便番号 | □□□-□□□□ | 電話番号（自宅）（　　）　　- |
| ※携帯電話がない場合は空欄で結構です → | | 電話番号（携帯）（　　）　　- |

◎上記以外の**緊急時の連絡先**をご記入ください（実家，勤務先など）。ない場合は「なし」とご記入ください。

| 連 絡 先 （ 続柄等 ） | 電 話 番 号 |
|---|---|
| （　　） | （　　）　　- |
| （　　） | （　　）　　- |

| 右に該当する場合はお申し出ください。 | 1 交通事故 ・ 2 業務上の災害 ・ 3 他院入院中 ・ 4 本院職員（業務委託含む） |
|---|---|

| 信大病院を受診されるのは初めてですか？ | はい ・ いいえ |
|---|---|

| 紹介状をお持ちですか？ | はい ・ いいえ |
|---|---|

信大病院の診察券をお持ちの場合は，一緒にご提出ください。

| 紹介状をお持ちでない方で，当院の医師や診療科からの案内により受診される場合は右の欄に〇印をつけてください。 | |
|---|---|

他の医療機関の紹介状をお持ちにならない時は，本院所定の初診時負担金をご負担いただきますのでご了承ください。

受診される診療科を〇で囲んでください。

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 内科 | 月 ～ 金<br>呼吸器･感染症･アレルギー内科 | 月 ～ 金<br>循環器内科 | 月 ～ 金<br>消化器内科 | 月･水･木･金<br>血液内科 | 月 ～ 金<br>腎臓内科 | 月 ～ 金<br>脳神経内科 | 水 ・ 金<br>リウマチ･膠原病内科 | 月･木･金<br>糖尿病･内分泌代謝内科 |
| 外科 | 月 ～ 木<br>消化器外科 | 月･水･木･金<br>移植外科 | 水<br>小児外科 | 火 ・ 金<br>心臓血管外科 | 火 ・ 木<br>呼吸器外科 | 火･木･金<br>乳腺･内分泌外科 | 月 ～ 金<br>整形外科 | 火 ・ 金<br>脳神経外科 | 月 ～ 金<br>形成外科 |
| | 月･水･木･金<br>眼科 | 月･水･金<br>耳鼻咽喉科頭頸部外科 | 月 ～ 金<br>特殊歯科･口腔外科 | 月 ～ 金<br>皮膚科 | 月 ～ 金<br>泌尿器科 | 月 ～ 金<br>産科婦人科 | 月 ～ 金<br>小児科 | 月 ～ 金<br>遺伝子医療研究センター | 月 ～ 金<br>麻酔科蘇生科 |
| | 月･水･木･金<br>精神科 | 月･金<br>子どものこころ診療部 | 火･金<br>放射線科 | 信州がんセンター<br>火･木<br>腫瘍内科 | 月 ～ 金<br>緩和ケア科 | 火 ～ 金<br>放射線治療 | 月 ～ 金<br>総合診療科 | 月･木<br>てんかん外来 | メモ欄 |

信州大学医学部附属病院

2025.4

# 個人情報

## 個人情報保護方針について

本院に来院する患者さんは，診療をお受けになると身体状況，病状，治療計画等の診療情報からカルテ等の診療記録が作成されます。

この診療記録には貴重な個人情報が多く含まれております。本院では，その取扱いにつきましては，個人個人の人格の尊重を基本的な理念として持ち，取扱うことが最重要のことであると考えており，患者さんの権利利益の保護を最優先に考え個人情報の取扱いの適正化を図るよう努力しております。

本院は，「診療，教育，研究を遂行する大学病院としての使命を有し，また患者さんの人権を尊重した先進的医療を行うとともに，次代を担う国際的な医療人を育成する。」との理念のもと，本院における診療記録に含まれる貴重な個人情報を，医療機関として，また，教育研究機関として利用させていただきたいと思いますので，改めてご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に本院では，個人情報の重要性を認識し，個人情報に関する法律等を遵守することにより，個人情報保護に万全を尽くしてまいります。

## 個人情報について

本院では取得した患者さんの貴重な個人情報を含む記録を，医療機関としてだけでなく教育研究機関として所定の目的に利用させていただきますので，ご理解とご協力を賜りますようお願いいたします。

(1) 患者さんの個人情報は，各種法令に基づいた諸規定を守ったうえで別記の目的に利用されます。

(2) 上記利用目的以外に患者さんの個人情報を利用する場合は，書面により患者さんの同意をいただくことといたします。

(3) 患者さんに関する外部からの問い合わせ等には，次のように対応します。

・電話等による問い合わせの場合，原則としてお答えいたしません。

・入院患者さんは，お申し出いただくことで，面会を希望しないことができます。

(4) 患者さんの同意がなければ，原則として，患者さん以外の方から情報の収集は行いません。

(5) 患者さんは，ご自身の個人情報に関して次の権利があります。

・患者さんは，所定の手続きのうえ，自己の個人情報の開示を請求することができます。また，本院において以前より行っているカルテ，フィルム等の開示手続きによっても開示の請求が可能です。
なお，開示には本学所定の複写料が必要になります。

・患者さんは，開示を受けた自己の個人情報の内容について，所定の手続きのうえ，訂正を請求することができます。

・患者さんは，自己の個人情報が不適切な取扱いをされていると思われる場合は，所定の手続きのうえ，自己の個人情報の利用の停止，消去，提供の停止を請求することができます。

・患者さんは，上記権利の決定等に関して不服がある場合は，本院に対して異議申し立てをすることができます。

(6) 防犯カメラについて
本院では，病院管理上，カメラや録音装置を設置しております。その記録は，病院の管理上使用するものであり，外部に公表することを目的としたものではありません。ただし，裁判所，警察署から協力依頼があった場合は，提供することがあります。

(7) 診療中の画像について
本院では，患者さんの治療に必要な場合は，病巣等の評価及び治療方針等を決定するため，診療中の様子をカメラ等で撮影，録音し必要な情報を得ております。これらの情報は，教育研究機関として，医師等の育成等に利用することがあります。

別記：本院における患者さんの個人情報の利用目的

１）本院での利用

①患者さんがお受けになる医療サービス

②医療保険事務

③患者さんに関係する管理運営業務（入退院等の病棟管理，会計，経理，医療事故等の報告，医療サービスの向上）

④医療サービスや業務の維持，改善のための基礎資料

２）本院及び大学での利用

（以下①から③の利用に際しては，可能な限り匿名化するよう努力します。）

①医療系教育（学生の臨床実習，医療従事者の研修）

②症例に基づく研究（研究活動を実施する際に，実施に関する法令や倫理指針，関係団体等のガイドライン等が定められている場合は，それに沿って誠実に遂行いたします。）

③外部監査機関への情報提供又は閲覧（法令等に基づく監査・検査・委員会等）

３）他の事業者への情報提供

①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医療サービス等に関しての連携

②他の医療機関等からの医療サービス等に関しての照会への回答

③患者さんの診療等にあたり外部の医師等の意見・助言を求める場合

④検体検査業務の委託，その他の業務委託

⑤患者さんの家族への病状説明

⑥医療保険事務（保険事務の委託，審査支払機関へのレセプトの提出）

⑦本院からの審査支払機関又は保険者への照会

⑧審査支払機関又は保険者からの照会への回答

⑨関係法令等に基づく行政機関及び司法機関等への提出等

⑩関係法令に基づき事業者等からの委託を受けて健康診断を行った場合における事業者等へのその結果通知

⑪医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門の団体や保険会社等への提供又は届出等

⑫臨床研修医の研修評価，医学生の臨床教育評価に係る個人情報を含まない経験症例等記録の大学病院医療情報ネットワークへの提出

診療情報に関する個人情報については、医事課医療安全係（電話：0263-37-2754）へご相談ください。