

## 外来受診患者様へ

個人情報保護法に伴い以下の項目についてご了承願います。

当クリニックでは患者様の安全とプライバシーを保護する目的で様々な取り組みを行っております。以下の項目につきましてはご理解いただけるようお願い申し上げます。また患者様の意思を確認させていただく項目については、どちらかに○をつけて下さい。

1. 安全で円滑な診療を行うために患者様には問診表の記載をお願いしております。
2. 患者様が診察室に同伴される方（通訳の方を含む）は、患者様の個人情報をお伝えすることを、患者様ご自身が了承された方とみなし、医師や看護師は様々な説明をさせていただきます。患者様をご自身の個人情報を伝えて欲しくない場合は、診察室へのご同伴はご遠慮下さい。
3. スタッフが患者さんをお名前でお呼びします。ご了承ください。
4. 緊急時の連絡先を記入してください。（※本人以外、血縁者の連絡先を記入）  
 [TEL \_\_\_\_\_ ・ 本人との関係 \_\_\_\_\_ ]
5. 患者様の症状や通院中であること等、お電話でのお問い合わせにスタッフが  
 お答えすることに（例：他のクリニック・薬局など）

・ 同意する

・ 同意しない

なのはなクリニック 院長 松本 玲子

フリガナ		生年月日	
氏名		明治・大正・昭和・平成・令和	
		年 月 日	
住所 〒 _____	携帯TEL		
	自宅TEL		
帰省先住所 〒 _____		帰省先TEL	
		( _____ 様方)	