

— 入院中における個人情報の取扱いについて —

※ 下記の文章を読み、○もしくは、□にチェックを入れて下さい。

- ① あなたの治療内容・診断・治療方針などに係る問い合わせ（家族等）、又は他病院などから病状・服薬について照会があった場合、

問い合わせ・照会に回答することに同意 する ・ しない

- ② 同意するに ○ をされた方のみお答え下さい。

- ☐ 家族（続柄）_____ ☐ 職場 ☐ 学校
☐ 保険会社などからの照会（保険給付金請求時等）
☐ その他（ _____ ） ☐ 役所 ☐ 他病院より問い合わせ
に回答することに同意します。

尚、説明の際は同席されますか。 する ・ しない

※ 上記事項に同意されない場合におきましては、ご本人様より申し出がない限り
第三者（ご家族の方も含む）の方への情報提供は行えません。

※ 原則、当院におきましては、家族以外の方に病状説明・照会の回答する際は書面にて対応させて頂いております。説明・回答内容につきまして、希望される方につきましては控えをお渡し致しますので、お申し出下さい。

- ③ 院内におけるお呼び出し（院内放送も含む）について
院内における患者様のお呼び出しについては、医療事故防止の為、原則フルネームでお呼びしております。お呼び出しの際、フルネームでお呼びいたしますが、

☐ 問題ない ☐ 苗字なら構わない

- ④ ルームネーム・ベットネームについて

☐ ルームネーム・ベットネームの明示は問題ない
☐ ルームネーム 問題ない ・ 困る ☐ ベットネーム 問題ない ・ 困る

署名 本人・代理人（病状により現時点でご本人様の同意が得られない場合・未成年者の場合）

令和 年 月 日

患者様氏名 _____ 代理人 _____ 続柄 _____

（代理人の場合のみ）

住所 _____ 電話 _____