

診療録

No.		初診日	20	年	月	日
ふりがな		住所	〒			
氏名						
生年月日	S・H	年	月	日(歳)	TEL(携帯)	— —

1	診察のご相談内容を教えてください。※ED薬・発毛薬、共に20歳未満の方には処方できません。								
	1. ED治療 2. 発毛治療								
2	身長		cm	体重		kg			
3	現在、治療中のご病気はありますか？			はい（病名； ） いいえ					
4	現在、常用している薬はありますか？			はい（薬剤名； ） いいえ					
5	今までに、お薬(内服薬、外用薬)によってアレルギー（発疹、発赤、かぶれ、かゆみ等）を起こしたことはありますか？					はい いいえ			
6	質問1にて、 1.ED治療を選択した方 にお伺いします。 心臓の病気(狭心症、心筋梗塞等)を患っていらっしゃいますか？					はい いいえ			
	また、治療でお使いの薬があれば記入下さい。 （薬剤名； ）								
	普段の血圧についてお答え下さい。 高い 低い 普通 不明								
	肝臓や腎臓のご病気を患ったことがありますか？					はい いいえ			
	脳梗塞あるいは脳出血を起こされたことがありますか？					はい いいえ			
7	当院をお知りになったのは何ですか？								
	1. PCインターネット検索（ Yahoo! / Google / ? ）								
	2. 携帯/スマートフォン 検索（ yahoo!モバイル / Googleモバイル / ? ）								
	3. 知人の紹介 4. その他								
8	質問6にて 1. PCインターネット 2.携帯/スマートフォン を選択した方は検索キーワードをご記入下さい。 例)ED バイアグラ AGAなど								
9	診療予約希望日時(時間帯は診療時間内、30分単位でご記入下さい。)								
	第一希望	...	20	年	月	日	:	~	:
	第二希望	...	20	年	月	日	.	~	.

オンライン診療規約

「オンライン診療規約」をお読みの上、ご同意いただける方は「利用規約に同意する」にチェックして下さい。
注意）20歳未満の方の診療はできません。予めご了承ください。

・電話診療における個人情報保護に関する基本方針

1. 個人情報の保護に関する法律、指針、規範を遵守いたします。
2. 個人情報の利用目的を定め、その範囲内で扱います。
3. 個人情報は下記の場合を除き、目的外使用は行いません。
 - (1) 患者様の同意を得たとき
 - (2) 法令等で提供を求められたとき
 - (3) 個人を識別できない状態にして情報を提供する場合
 - (4) 患者様の健康と生命、財産を守る上で、必要と判断されるとき
4. 個人情報を適切に扱う体制を構築し、不正な個人情報収集、改ざん、漏洩等が起こらないように努めます。

・電話診療における個人情報の取り扱いについて

当院の電話診療では個人情報を完全に保護する目的で、録音は行っていません。

・診療録

一般に義務付けられている診療録（カルテ）につきましては医師法第24条1項、医療法第5条に基づき経過を記録しております。医師法施行規則に定められている以下の診療録項目の他、医師が必要と思われる事項を記録して患者様の健康管理に利用しています。

- 1 診療を受けた者の住所
- 2 氏名
- 3 性別及び年齢病名及び主要症状治療方法（処方及び処置）
- 4 診療の年月日

・電話診療

症状やご質問、普段飲まれている薬の変更などがありましたらすぐに電話診療をしてください。

患者様は、医師からの服用方法や注意に必ず従ってください（これに従わず問題が生じた場合の責任は、患者様が負うことになります）。

上記のすべての注意事項の内容を理解の上、同意される方は以下をチェックし署名をお願い致します。

☐ 私は20歳以上で、上記内容に同意します

氏名：

リブラクリニック新宿院

〒160-0022

東京都新宿区新宿 3-20-5 新光第二ビル 4F

【FAX】 03-3355-5470

※診療録、オンライン処方規約をご返信ください

【電話番号】 0120-60-6000（または 03-3355-5450）

【診療希望予約時間】 10：00～18：30

（※祝日の診察時間は 10：00～16：30 となります。）

水曜日・日曜日が休診となります。