

個人情報の利用目的 同意書

医療法人 甲風会 有馬温泉病院(以下「当法人」という)の個人情報の利用目的及び使用は以下のとおり。

【患者様等への医療・介護の提供に必要な利用目的】

〔当法人での利用〕

1. 患者様等（検診・健診・ドックを含む）に提供する医療
2. 医療・介護保険事務
3. 患者様に係る管理運営業務のうち、
 - ① 入退院等の病理管理、② 会計・経理、③ 質向上・安全確保・医療事故あるいは未然防止等の分析・報告、④ 患者様等への医療・介護サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供〕

1. 当法人が患者様に提供する医療・介護のうち、
 - 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連携
 - ② 他の医療機関等からの照会への回答
 - ③ 患者様等の診療所等に当たり、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 ご家族等への病状説明
2. 医療・介護保険事務のうち
 - ① 保険事務の委託
 - ② 審査支払期間又は保険者へのレセプトと提出
 - ③ 審査支払期間又は保険者からの照会への回答
3. 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
4. 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
5. 第三者機関への質向上・安全確保・医療事故対応・未然防止等のための報告

【上記以外の利用目的】

〔当法人での利用〕

1. 医療機関等の管理運営業務のうち、
 - ① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ② 医師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・理学療法士・栄養士・医療事務等の学生実習への協力
 - ③ 医師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・理学療法士・栄養士等の教育・研修
 - ④ 症例検討・研究および剖検・臨床病理検討会等への死因検討
 - ⑤ 研究、治験および市販後臨床試験の場合。関係する法令、指針に従い進める
 - ⑥ 治療経過および予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
 - ⑦ 認知症等による事故防止のための患者様の情報交換

〔研修会・学会・医学誌等への発表〕

特定の患者様・利用者様・関係者の症例や患部部位写真による研修会においての発表及び事例の学会、研修会、学会誌等での報告は氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名とする。匿名が困難な場合は、ご本人又はご家族の同意を得る。

〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕

1. 当院の管理運営業務のうち、
 - ① 外部監査機関への情報提供
 - ② 当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等の連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ③ 入院元医療機関（施設）等への入院状況報告

医療法人甲風会 様

年 月 日

上記、利用目的及び使用について同意いたします。

当法人(各事業所)より、職場やご自宅へご連絡する際「事業所名と担当者名」を名乗る事について。

同意する 同意しない ()

外部からの面会及び電話の取次ぎについて。

同意する 同意しない ()

患者様取り違え等、医療事故防止のため病室入り口及び病室内に名前の表示について。

同意する 同意しない ()

患者様確認、状況報告、情報提供等に付随する患者様の写真撮影について。

同意する 同意しない ()

健康保険証、限度額認定証のオンライン資格確認について。

同意する 同意しない ()

※上記質問で「同意しない」を選んだ理由は、() 内にご記入ください。

患者氏名 : _____

住所 : _____

保証人氏名 : _____ (印) (続柄 : _____)

※自署の場合は押印不要

入院連帯保証人 その他 ※入院連帯保証人以外の方がご記入する場合は、住所・電話番号もご記入ください。

住所 : _____

電話番号 : _____

2023.03.01

有馬温泉病院