

個人情報利用説明及び承諾書

高一情委・F-1

当院における個人情報の利用目的について

●医療提供

- ・当院での医療サービスの提供
- ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問介護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・他の医療機関等からの照会への回答
- ・患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託その他の業務委託
- ・ご家族等への病状説明
- ・その他、患者さんへの医療提供に関する利用

●診療費請求のための事務

- ・当院での医療・介護・労災保険・公費負担医療に関する事務およびその委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・公費負担医療に関する行政機関へのレセプトの提出、照会への回答
- ・その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

●当院の管理運営業務

- ・会計・経理
- ・医療事故等の報告
- ・当該患者さんの医療サービスの向上
- ・入退院等の病棟管理
- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用

●企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

●医師賠償責任保険などに係わる、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

●医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

●当院内において行われる医療実習への協力

●医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

●外部監査機関への情報提供

付記

1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください
2. お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
3. これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

確認項目

1. 入院期間中、外部からの入院有無の問い合わせへの回答、及び電話の取次ぎをしてもよろしいですか

1. はい 2. いいえ

2. 入院期間中の病室等に患者名標示をしてもよろしいですか

1. はい 2. いいえ

私は、本書面に基ついて、旭川高砂台病院職員（職名 事務 氏名 ）
から上記個人情報の利用目的の説明を受けたことを確認し、その利用目的に承諾いたします。

平成 年 月 日

（患者本人）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

（署名代行者）

私は、（ 筆記不能 診察中 ）の理由により、患者本人の意志を
確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____