

在宅療養における個人情報使用同意書

(使用の目的)

第一条 自宅や施設等での療養生活を支える医療関係者（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション等）や介護・福祉関係者（ケアマネジャー、デイサービス、訪問ヘルパー等）が、療養者の病状や状態の変化及び医療・介護・福祉支援の情報を共有することで、療養生活の質の向上、充実に努めることを目的とします。

(連携する関係機関)

第二条 自宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、ケアマネジャーや介護関係者が連携を図る目的で、診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。なお個人情報の共有は、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

(情報共有で使用する連携ツール)

第三条 在宅療養をサポートする関係者と連携を図る目的で、適切と認める以下の手段を用いて診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。

※利用する連携ツールに✓をしてください。

連携ノート 手紙 電話 FAX 電子メール 多職種連携ICTシステム

(共有する情報について)

第四条 共有する情報については、以下のとおりです。

療養者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号

※ FAX、電子メールで情報提供を行う際は、上記の情報は記載せず、識別番号等を用います。

病歴、病名 使用している薬剤 受診している医療機関

利用している介護や福祉のサービス 日々の病状、状態、連携者の訪問情報等

その他、医療・介護に付随する情報 療養者や家族の療養上の希望等

(療養者が有する権利)

第五条 療養者及びその家族は、当施設の保有する個人情報について以下の権利を有しております。

一 当該データの利用目的の通知を求める権利

二 当該データの開示を求める権利及び第三者提供の停止を求める権利

三 当該データに誤りがある場合にその内容の訂正、追加又は削除を求める権利

四 当該データの利用の停止又は消去を求める権利

私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。

年 月 日

〈療養者〉

氏名

住所

〈家族または代理権者〉

氏名

住所

〈連携責任者〉

事業所名

氏名

連絡先