

(甲) 在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書

○ 使用の目的

連携する医療関係者（医師、看護師、リハビリ、薬剤師等）や福祉関係者（ケアマネジャー、デイサービス、訪問入浴、ヘルパー等）、その他機関の関係者が、在宅で医療を受ける在宅者の病状変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、その質的向上と、充実を図ることを目的とします。

○ インターネットでの情報共有

医療・福祉行為の提供を円滑に行うため在宅者の個人情報は、インターネットを活用した在宅医療連携システムで、連携する医療関係者、福祉関係者、その他機関の関係者及び、遠方に住む家族等と共有されます。その連携者は在宅者毎に設定されますので、連携する人以外が在宅者の個人情報を知り得ることはありません。

○ 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめ、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。

在宅医療連携システムで管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

在宅者に利用料金がかかることは一切ありません。

○ 同意の確認

私（在宅者及びその家族）の個人情報は、必要最小限の範囲内で使用することに、

同意します

※ 同意する方のみ「同意します」に をして下さい。

※ 同意しない方はこの書類は必要ありません。そのまま破棄して下さい。

○ 共有される情報について

在宅者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号

病歴、病名

使用している薬剤

日々の状態（連携者の訪問情報）

紹介元病院、再入院希望病院

連携者

レントゲン等の画像

褥瘡等の身体画像

医療保険、介護保険に付随する情報

※ 共有しても良い情報について をして下さい。

(乙) 地域リーダー（在宅者が住んでいる地域の個人情報管理責任者）は、在宅医療連携システムでの個人情報の取り扱いに当たり、(甲) に対して在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書に基づき、その内容を説明しました。

平成 年 月 日

(乙) 地域リーダー

所属事業所所在地 _____

所属事業所名 _____

氏名 _____ 印

(甲) 私は、在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書に基づき、地域リーダー (乙) からその内容の説明を受けました。

平成 年 月 日

(甲 1) 在宅者

住所 _____

氏名 _____ 印

(甲 2) 在宅者の家族

住所 _____

氏名 (続柄) _____ 印

地域リーダー (乙) は、在宅者 (甲) の個人情報使用同意を受け、この同意を証するために本証を 2 通作成し、甲乙署名して 1 通ずつを保有します。

※ ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先：

電話：019-614-0133 FAX：019-614-0134

メール：kikuchiyou@mhcclinic.jp

住所：〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡 3-20-3

医療法人葵会 もりおか往診ホームケアクリニック

担当： 医療ソーシャルワーカー : 菊池 友

(乙) 在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書

○ 使用の目的

連携する医療関係者（医師、看護師、リハビリ、薬剤師等）や福祉関係者（ケアマネジャー、デイサービス、訪問入浴、ヘルパー等）、その他機関の関係者が、在宅で医療を受ける在宅者の病状変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、その質的向上と、充実を図ることを目的とします。

○ インターネットでの情報共有

医療・福祉行為の提供を円滑に行うため在宅者の個人情報は、インターネットを活用した在宅医療連携システムで、連携する医療関係者、福祉関係者、その他機関の関係者及び、遠方に住む家族等と共有されます。その連携者は在宅者毎に設定されますので、連携する人以外が在宅者の個人情報を知り得ることはありません。

○ 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめ、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。

在宅医療連携システムで管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

在宅者に利用料金がかかることは一切ありません。

○ 同意の確認

私（在宅者及びその家族）の個人情報は、必要最小限の範囲内で使用することに、

同意します

※ 同意する方のみ「同意します」に をして下さい。

※ 同意しない方はこの書類は必要ありません。そのまま破棄して下さい。

○ 共有される情報について

在宅者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号

病歴、病名

使用している薬剤

日々の状態（連携者の訪問情報）

紹介元病院、再入院希望病院

連携者

レントゲン等の画像

褥瘡等の身体画像

医療保険、介護保険に付随する情報

※ 共有しても良い情報について をして下さい。

(乙) 地域リーダー (在宅者が住んでいる地域の個人情報管理責任者) は、在宅医療連携システムでの個人情報の取り扱いに当たり、(甲) に対して在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書に基づき、その内容を説明しました。

平成 年 月 日

(乙) 地域リーダー

所属事業所所在地 _____

所属事業所名 _____

氏名 _____ 印

(甲) 私は、在宅医療連携システム利用における個人情報使用同意書に基づき、地域リーダー (乙) からその内容の説明を受けました。

平成 年 月 日

(甲 1) 在宅者

住所 _____

氏名 _____ 印

(甲 2) 在宅者の家族

住所 _____

氏名 (続柄) _____ 印

地域リーダー (乙) は、在宅者 (甲) の個人情報使用同意を受け、この同意を証するために本証を 2 通作成し、甲乙署名して 1 通ずつを保有します。

※ ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先：

医療法人 葵会

在宅医療連携拠点事業所 チームもりおか

所長 板垣 園子

〒020-0066 岩手県盛岡市上田 1-3-10 イースタンキャッスル 1F

TEL : 019-681-7653 FAX : 019-623-5566

E-MAIL : team-morioka@cyber.ocn.ne.jp