

いつつばし連絡帳における個人情報使用同意書

(使用の目的)

- 1 患者さんの生活をより良くするために、ICT を活用した連絡手段である岩国医療圏医介連携ネットワークシステム「いつつばし連絡帳」(以下「いつつばし連絡帳」という。)を使って、患者さんの医療・介護・福祉に関わる施設及び職種(病院・診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、デイサービス、ヘルパー等)の間に、患者さんの状態又は医療・介護・福祉の情報をやりとりし、連携を深めることを目的とします。

(使用する ICT を活用した連絡手段)

- 2 「いつつばし連絡帳」では、多施設・多職種の間で、パソコンやスマートフォンなどを、インターネットにより、安全につないで、患者さんの情報をやりとりするための連絡手段として、医療 介護専用に開発され、情報漏洩に対する安全性が高く、しっかりした管理ができる完全非公開型・医療介護専用 SNS「メディカルケアステーション」(株式会社日本エンブレース提供)を用います。

(使用にあたっての条件)

- 3 患者さんの個人情報のやりとりは、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。「いつつばし連絡帳」で扱う個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。患者さん及びその家族に利用料金が掛かることは一切ありません。

(やりとりされる情報について)

- 4 やりとりされる情報については、以下のとおりです。

患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名、治療や検査の内容(薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果など)、患者さんの日々の状態(褥瘡などの体の写真やビデオを含む)、関係する医療・介護・福祉施設の情報、その他、医療・介護・福祉に付随する情報

(患者さんが有する権利)

- 5 患者さんは、「いつつばし連絡帳」について、以下の権利があります。
 - ・ある特定の情報のやりとりを拒否する
 - ・患者さんに関する「いつつばし連絡帳」の利用の停止又は消去を求める

(問い合わせ先)

- 6 いつつばし連絡帳に関するお問い合わせは、下記のいつつばし連絡帳事務局までご連絡願います。

いつつばし連絡帳事務局(岩国市医師会事務局内)

〒740-0021 岩国市室の木町3丁目6番11号

電話: 0827-21-6135

ファクス: 0827-22-9218

「いつつばし連絡帳」における個人情報使用同意書

平成 年 月 日に私は、「いつつばし連絡帳」における個人情報使用に関する事項について説明を受け、いずれも同意します。

<患者>

氏名 _____ (印)

住所 _____

<家族1>

氏名 _____ (印)

住所 _____

<家族2>

氏名 _____ (印)

住所 _____

<説明・同意書取得者>

施設名 _____

氏名 _____ (印)

主治医以外が、説明・同意書取得を行った場合、以下に記入する。

<説明・同意書取得を指示した医師>

施設名 _____

氏名 _____ (印)