

いつつばし連絡帳（MCS）利用に係る連携守秘誓約書

いつつばし連絡帳事務局 御中

第1条（連携情報保持の誓約）

私は、いつつばし連絡帳を利用する事業所の管理者として、いつつばし連絡帳を利用する従事者が法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます。）を遵守するとともに、「岩国市医師会 いつつばし連絡帳運用規程」（以下、「運用規程」という。）に基づき、以下の情報（以下、「連携情報」といいます。）の一切を許可なく開示、漏えい又は使用しないよう管理することを誓約します。

- ① 患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます。）
- ② その他連携業務内で知り得た情報（患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の連携業務内における情報も含みます。）
- ③ その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません。）

第2条（連携情報の管理等）

- 1 私は、従事者が連携情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます。）を使用するにあたって、連携情報を許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないように注意します。
- 2 私は、機器（携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません。）を業務で使用する場合には、運用規程に基づき機器の管理を行います。また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。
- 3 私は、従事者に対して個人情報保護やIT機器のセキュリティについて定期的に教育を実施します。

第3条（利用目的外での使用の禁止）

私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、患者その他の第三者のプライバシー、その他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

第4条（退職後の業務情報保持の誓約）

私は、連携を離脱した後も、業務情報の一切を、許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

第5条（損害賠償）

私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、誠意をもって協議致します。

令和 ○年 ○月 ○日

施設情報を記載
してください

事業所名 ○○病院

事業所所在地 山口県岩国市○○町○-○-○

管理者氏名 ○○ ○○

印

管理者の印鑑を
押印してください

事業所

医師会