

個人情報使用同意書

私及びその家族等の個人情報については、貴病院が保有する入院医療にかかわる秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で、使用することに同意します。

- 1 貴病院が、医療法・介護保険法に関する法令に従い、患者の入院計画、サービス計画に基づく看護・介護サービス等を円滑に実施するため行うケースカンファレンス、サービス担当者会議、パーソナリティシートへの記載等において使用する場合。
- 2 私が他の医療機関等で受診するときに、当該医療機関に対して、個人情報を提供する場合。
- 3 貴病院が、退院によって、患者を他の病院、施設等へ紹介するなどの援助を行うに際し、必要な個人情報を提供する場合。
- 4 問い合わせ者から私の氏名を告げられた時は、入院の有無、病室だけを開示する場合。
- 5 その他、病院入口に掲示の個人情報保護方針・貴院の個人情報利用目的によるものとする。

年 月 日

医療法人 晴風園 川西リハビリテーション病院 御中

患者 住所
氏名 印
電話

代理人 住所
氏名 印

患者は、署名できないため、患者の意思を確認のうえ、私が代行します。

署名代理人 住所
氏名 印
患者との関係

医療法人 晴風園 川西リハビリテーション病院