

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 病室入口への氏名掲示など貴院の個人情報利用を目的とする場合
- 5 治療(リハビリ)の効果判定目的での撮影した写真、動画を貴院で使用する場合

以下同意しない場合にはチェックをしてください ☐

- ☐ 貴院の医学研究、教育研修等に私(本人)の診療情報や試料を使用すること
(個人情報を含まない一部の診療情報は学会等で利用させていただく場合があります)

年 月 日

医療法人 せいふう会 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 せいふう会 川西リハビリテーション病院