

個人情報使用同意書

当院での患者様の個人情報を下記の目的に利用いたします。

1. 医療提供

- 当院での医療サービスの提供
- 他の病院・診療所・助産所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業者等との連携
- 他の医療機関等からの照会への回答
- 患者様の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 検体検査業務委託・給食業務委託やその他業務委託
- ご家族様等への病状説明
- その他、患者様への医療提供に関する利用

2. 診療費請求のための事務

- 当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務及びその委託
- 審査支払機関へのレセプト請求の提出
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 公費負担医療に関する行政機関へのレセプトの提出、照会への回答
- その他、医療・介護・労災保険及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

3. 当院の管理運営業務

- 会計・経理
- 医療事故等の報告
- 当該患者さまの医療サービスの向上
- 入退院等の病棟管理
- その他、当院の管理運営業務に関する利用

4. 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

5. 医師賠償責任保険などに係る医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

6. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

7. 当院内において行われる医療実習への協力

8. 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

9. 外部監査機関への情報提供

1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取扱わせていただきます。
3. これらのお申し出は、後からいつでも、撤回・変更等を行うことが可能です。

医療法人若葉会 堺若葉会病院 院長 殿

私は、医療法人若葉会 堺若葉会病院に上記の個人情報の使用に関する内容に同意します。

年 月 日

患者 住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)

個人情報使用同意書

当院での患者様の個人情報を下記の目的に利用いたします。

1. 医療提供

- 当院での医療サービスの提供
- 他の病院・診療所・助産所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業者等との連携
- 他の医療機関等からの照会への回答
- 患者様の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 検体検査業務委託・給食業務委託やその他業務委託
- ご家族様等への病状説明
- その他、患者様への医療提供に関する利用

2. 診療費請求のための事務

- 当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務及びその委託
- 審査支払機関へのレセプト請求の提出
- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 公費負担医療に関する行政機関へのレセプトの提出、照会への回答
- その他、医療・介護・労災保険及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

3. 当院の管理運営業務

- 会計・経理
- 医療事故等の報告
- 当該患者さまの医療サービスの向上
- 入退院等の病棟管理
- その他、当院の管理運営業務に関する利用

4. 企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

5. 医師賠償責任保険などに係る医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

6. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

7. 当院内において行われる医療実習への協力

8. 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

9. 外部監査機関への情報提供

- 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
- お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取扱わせていただきます。
- これらのお申し出は、後からいつでも、撤回・変更等を行うことが可能です。

医療法人若葉会 堺若葉会病院 院長 殿

私は、医療法人若葉会 堺若葉会病院に上記の個人情報の使用に関する内容に同意します。

2021 年 2 月 10 日

入院日を記入してください

患者様以外の方が記入された場合は、記入した方の名前をお書きください

患者 住所 大阪府堺市北区新金岡町4-1-7

氏名 若葉 花子

印

代理人 住所

氏名

印