

個人情報使用の同意書

私（またはその家族） _____ の個人情報については、下記の範囲内で
使用することに同意します。

また、治療に関して必要な情報を医療機関・行政機関に提供または収受することに同意します。

1. 使用する目的

治療上必要な情報をもって、質の高い適切な治療の提供に努めるため。

2. 利用に当たっての条件

病院が使用する個人情報の提供・収受は、上記1に記載する目的の範囲内で、必要最小限に
留め、情報提供の際に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うこと。

3. 個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、病院が治療を提供するために最小限必要な
利用者や家族個人に関する情報。

※「個人情報」とは、利用者個人及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され
または識別され得るものをいいます。

病院名：社会医療法人 如月会 若草病院

令和 年 月 日

同意者 住 所 _____
(自書)

氏 名 _____

本人以外の場合は続柄（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)
（再診時）加算3 2点(マイナ保険証を利用しない場合)