

当院での患者様の個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報及びマイナンバーを含む特定個人情報については下記の目的に利用し、その取り扱いについては万全の体制で取り組んでおります。尚、疑問などがございましたら「患者・家族支援窓口」にお問合せ下さい。

イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院 院長

患者様情報の利用目的

【患者様への医療の提供に必要な利用目的】

1. 《当院での利用》

- 当院が患者様に提供する診察・治療等の医療サービス
- 医療保険事務
- 患者様に係る当院の管理運営業務のうち

(入退院等の病棟管理、会計・経理、医療事故等の報告、患者様への医療サービスの向上、定期検診のご案内)

2. 《他の事業者への情報提供》

- 当院が患者様に提供する医療のうち
(他の病院・診療所・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、患者様の診療にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合、検体検査業務及びその他の業務の委託、家族等への病状説明)
- 医療保険事務のうち
(審査支払機関または保険者へのレセプト提出、審査支払機関または保険者からの照会への回答)
- 事業者等からの委託を受けて健康診断を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- 医師賠償責任保険等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

3. 【上記以外の利用目的】

《当院での利用》

- 当院の管理運営業務のうち
(医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料、当院の内部において行われる学生実習への協力、職員教育のための勉強会、当院の内部において行われる症例研究)

《他の事業者への情報提供》

- 当院の管理運営業務のうち
(外部監査機関への情報提供)

《学会・医学誌等への発表》

- 学会及び論文等での症例報告を行う場合は、氏名・生年月日を消去し、匿名化した上で利用する

- 上記のうち、他の医療機関など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、その旨を担当窓口までお申し出下さい。
- これらのお申し出につきましては、後から撤回、変更等を行うことができます。

個人情報の取扱いに関する確認書兼同意書

当院では、患者様に安心して医療を受けていただくために、安全な医療をご提供するとともに、患者様の個人情報及びマイナンバーを含む特定個人情報の取り扱いに配慮した体制で取り組んでおります。

【個人情報の利用目的について】

当院では、患者様の個人情報及びマイナンバーを含む特定個人情報の利用につきましては以下の場合^{*1}を除き、本来の利用目的の範囲を超えて使用致しません。また、これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者様から同意をいただくことしております。

※1「患者様の了解を得た場合」「患者様個人を識別あるいは特定できない状態に加工して利用する場合」「法令等により提供を要求された場合」

【個人情報の取り扱いに関する確認事項】

① 電話でのお問い合わせについて

- ・当院では、第三者による電話での在院確認のお問い合わせに対して、お答えを控えさせていただいております。そのため、患者様またはご家族様から予めお伝えいただきますよう宜しくお願いいたします。

② 受付窓口でのお問い合わせについて

- ・原則として、受付に直接ご来院された方から患者様のフルネームを伝えられた場合、入院の有無、部屋番号をお答えいたします。入院の有無について答えて欲しくないという場合は受付にお申し出下さい。

③ お名前の表示について

- ・当院では、医療安全対策（患者誤認予防）のためベッドサイド、病室入口の名札、デイルームのテーブル上の名札、リハビリ予定表をフルネームで表示させていただいております。ご事情があり、非表示を希望される方はお申し出下さい。

④ 無断離院への予防対策について

- ・無断離院を未然に防ぐ目的として、その可能性があるとして主治医が判断した患者様につきましては、本人確認のための写真を撮影させていただき関係部署へ配布する場合がございます。なお、写真は職員のみに表示し、該当の個人情報は離院の可能性が無いと判断した時点及び退院時に速やかに破棄いたします。

⑤ お知らせ・アンケート等の郵送について

- ・医療上必要な書類等の郵送に関しては、事前にご連絡の上、郵送させていただいております。
- ・これらのお申し出につきましては、後から撤回、変更等を行うことができます。

【個人情報の開示・訂正・利用停止について】

当院では、患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止につきましても、「個人情報保護に関する法律」の規定にしたがって進めております。

※患者様からご提供いただいた書類、写真等のデータは退院後に処分させていただきます。

私は貴院の個人情報に関する取扱事項の説明を受け、理解しましたので上記内容に同意致します。

年 月 日 患者名 _____

代理人名 _____ (続柄： _____)