

当院は患者さんの個人情報保護に 全力で取り組んでいます

当院は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

院長

当院における個人情報の利用目的

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
- ▶患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ▶検体検査業務の委託その他の業務委託
- ▶ご家族等への病状説明
- ▶その他、患者さんへの医療提供に関する利用

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およびその委託
- ▶審査支払機関へのレセプトの提出
- ▶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等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、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

当院の管理運営業務

- ▶会計・経理
- ▶医療事故等の報告
- ▶当該患者さん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

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
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

医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

当院内において行われる医療実習への協力

医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

外部監査機関への情報提供

付記

- 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り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。

書式 2 利用目的に関するリーフレット

おしらせ

患者さんの個人情報の保護について

当院では、患者さん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、患者さんの個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

個人情報の利用目的について

当院では、患者さんの個人情報を別記の目的で利用させていただくことがございます。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、改めて患者さんからの同意をいただくことしておりますのでご安心ください。

個人情報の開示・訂正・利用停止等について

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

手続きの詳細のほか、ご不明な点については、窓口までお気軽にお尋ねください。

院 長

(1 ページ)

(別記)

当院における個人情報の利用目的

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
- ▶ 患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ▶ 検体検査業務の委託その他の業務委託
- ▶ ご家族等への病状説明
- ▶ その他、患者さんへの医療提供に関する利用

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およびその委託
- ▶ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ▶ 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等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、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

当院の管理運営業務

- ▶ 会計・経理
- ▶ 医療事故等の報告
- ▶ 当該患者さん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

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

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

医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

当院内において行われる医療実習への協力

医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

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ものがある場合には、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り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。

(2 ページ)

書式3 利用目的の変更通知

殿

当院が保有する貴殿に関する
個人情報の利用目的の変更(追加)について

当院が保有する貴殿にかかわる個人情報については、かねてより院内掲示などを通じてご通知した利用目的に沿って、適切に取り扱っているところでありますが、今般、下記のとおり、利用目的を変更(追加)する必要が生じました。

つきましては、貴殿の個人情報の利用目的の変更(追加)に対する諾否を、同封の「利用目的変更(追加)諾否通知書」にご記入のうえ、当院までご返送いただきますよう、お願いいたします。

利用目的変更の
項目・範囲

新たに追加する
利用目的の内容

年 月 日

(医療機関名)

院 長

担当医 科

書式 4 利用目的変更の諾否通知書

個人情報の利用目的変更(追加)諾否通知書

(医療機関名)

院長殿

私は、貴院が保有する私にかかわる個人情報の利用目的につき、下記のとおり変更(追加)する旨の通知を受け取りました。

利用目的変更
の項目・範囲

(医療機関で記入)

新たに追加する
利用目的の内容

(医療機関で記入)

上記の利用目的の変更(追加)につき、私は下記のとおり回答いたします。

利用目的の変更・追加に、(同意します・同意しません)

備考

年 月 日

患者本人(自署)

書式 5 開示請求書

個人情報に関する開示請求書

年 月 日

(医療機関名) _____ 院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報を開示して
いただきたく、請求いたします。

開示を受け ようとする 患者	フリガナ (姓) _____ (名) _____
	患者氏名 _____
	診察券番号 _____
	住 所 _____
	生年月日 _____
開示を希望 する記録等 (該当するものを で囲む)	診察日・部位等
	1 診療記録のすべて
	2 診療録(カルテ)
	3 検査記録・検査成績表
	4 エックス線写真
	5 画像：CT, MRI, IC-
	6 看護記録
	7
8	

開示請求者 氏 _____ 名 _____
患者との関係 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

(本人同意書)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴院が
保有する私の診療記録等が開示されることに同意いたします。

患者本人(自署) _____

受付	院長	医長	担当医		開示実施	費用徴収

書式 6 - 1 開示請求回答書(諾)

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の開示について

貴殿から開示請求書が提出されておりました標記の件については、下記のとおり開示することと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

開示対象
となる記録

つきましては、____月____日までにあらかじめ当院にご連絡のうえ、当院窓口までお越しいただきますようお願いいたします。

なお、複写の実費として金 _____ 円を申し受けます。ご来院時に現金にてお支払いいただきますようお願い申し上げます。

____年 ____月 ____日

(医療機関名) _____

院 長 _____

担当医 _____ 科 _____

書式 6 - 2 開示請求回答書(否)

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の開示について

貴殿から開示請求書が提出されておりました標記の件については、誠に遺憾ながら、下記のとおりご希望にそいかなることと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

開示できない
記録

- その理由 () 本人又は第三者の生命・身体・財産その他の権利利益を害するおそれがあるため
- () 当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがあるため
- () 開示することが法令に違反するため

なお、この件についてご不明の点は、当院窓口までお尋ねください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(医療機関名)

_____ 院 長

_____ 担当医 _____ 科

書式 7 訂正・追加・削除請求書

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

(医療機関名)

院長殿

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のとおり訂正・追加・削除(以下、訂正等)していただくよう請求いたします。

訂正等を求める患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
訂正等を希望する内容等	訂正等希望箇所を特定する記録文書名、日付	具体的な訂正等の内容 訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります	

請求者 氏 名 _____
 患者との関係 _____
 住 所 _____
 電 話 番 号 _____

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等の訂正等請求に関する一切を委任いたします。

患者本人(自署) _____

受付	院長	医長	担当医		訂正実施	訂正可否

書式 8 - 1 訂正・追加・削除請求回答書(諾)

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の訂正・追加・削除について

貴殿から訂正・追加・削除請求書が提出されておりました標記の件については、下記のとおり訂正・追加・削除(以下、訂正等)することと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

訂正等の
内容

なお、訂正等の内容を確認される場合には、あらかじめ当院にご連絡のうえ、当院窓口までお越しいただきますようお願いいたします。

また、訂正等の箇所の複写をご希望の場合には、実費として金 _____ 円を申し受けます。ご来院時に現金にてお支払いいただきますようお願い申し上げます。

_____ 年 月 日

(医療機関名)

_____ 院 長

_____ 担当医 科

書式 8 - 2 訂正・追加・削除請求回答書(否)

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の訂正・追加・削除について

貴殿から訂正・追加・削除(以下、訂正等)の請求書
が提出されておりました標記の件については、誠に遺
憾ながら、下記のとおりご希望にそいかなることと決
定いたしましたので、ご通知申し上げます。

訂正等請求
の内容

訂正等ができない理由

- () 当該情報の利用目的からみて訂正等が必要でないため
- () 当該情報に誤りがあるとの指摘が正しくないため
- () 訂正等の対象が事実でなく評価に関する情報であるため
- () 対象となる情報について当院には訂正の権限がないため
- () その他

なお、この件についてご不明の点は、当院窓口までお尋ね
ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(医療機関名)

_____ 院 長 _____

_____ 担当医 _____ 科 _____

書式 9 利用停止等請求書

個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

(医療機関名)

院長殿

私は、貴院が保有する下記の個人情報について、利用停止、第三者提供の停止または、消去をしていただくよう請求いたします。

利用停止等を 求める 患者情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住 所		
	生年月日		
利用停止等請求の対象 となる記録文書名、日付			
利用停止等請求の 内 容 どのような目的への利用停止 等を希望するのが具体的に お書きください			
利用停止等請求の 理 由	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報不正な手段によって取得されたため その他()		

請 求 者 氏 名 _____
 患者との関係 _____
 住 所 _____
 電 話 番 号 _____

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等の利用停止等請求に関する一切を委任いたします。

患者本人(自署) _____

受付	院長	医長	担当医		停止実施	停止可否

書式10-1 利用停止等請求回答書(諾)

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の利用停止等請求について

貴殿から利用停止等の請求書が提出されておりました
標記の件については、下記のとおり利用停止等の措置を
講じましたので、ご通知申し上げます。

利用停止等の
対象記録

--

利用停止等の
内容

--

利用停止等の措置
を講じた日

_____ 年 月 日から

_____ 年 月 日

(医療機関名)

_____ 院 長

_____ 担当医 _____ 科

書式10 - 2 利用停止等請求回答書(否)

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の利用停止等請求について

貴殿から利用停止等の請求書が提出されておりました
標記の件については、誠に遺憾ながら、下記のとおりご
希望にそいかなることと決定いたしましたので、ご通知
申し上げます。

利用停止等
請求の内容

利用停止等の措置をとらない理由

- 利用目的の逸脱等は認められないため
- 当該個人情報の取得に際して、不正は認められなかったため
- その他

なお、この件についてご不明の点は、当院窓口までお尋ね
ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(医療機関名)

_____ 院 長

_____ 担当医 _____ 科

書式11 従業者の守秘義務に関する誓約書

患者さんの個人情報の保護に関する
誓約書

(医療機関名)

院長 殿

私は、当院の従業者として、患者さんの個人情報の保護に関する院内規則を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在職中はもちろん、退職後においても、職務上知り得た患者さんの個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

(医療機関名)

氏名

書式12 業務委託契約における個人情報保護条項の例

業務委託に際しての個人情報保護に関する確認書

甲 (医療機関) _____

乙 (業務委託先) _____

第1条

乙は、甲より委託を受けた業務（以下、本件業務）の実施に際して知り得た個人情報については、厳重に管理し、正当な理由なく第三者に開示、提供、漏洩してはならない。

第2条

乙は、前条の義務を履行するため、自己の組織内に個人情報の安全管理に関する責任者を定め、十分な安全管理対策を講じなくてはならない。

第3条

乙は、本件業務の遂行にあたり、個人情報保護に関する甲の指示に従うものとする。

第4条

乙は、本件業務における個人情報の安全管理に関する状況を、毎月最終営業日に甲に対して報告するものとする。
また、甲はいつでも乙の個人情報の安全管理の状況について報告を求め、検査することができる。

第5条

乙は、本確認書にもとづく安全管理措置の内容を、自己のすべての従業者が、在職中、退職後を通じて遵守することを、保証するものとする。

第6条

乙は、本件業務に関して、自ら保管する個人情報が漏洩したことにより甲に損害が生じた場合には、これを賠償するものとする。

第7条

本確認書は、本件業務委託契約の終了後も有効に存続する。

_____年 月 日