

## ICT ツールを用いた患者様の個人情報の利用目的

医師が計画的な医学管理を行い、患者が円滑な自宅での療養生活を継続していただくことを目的に、在宅療養（医療、介護）をサポートする他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者等の医療関係職種と連携し、ICT ツールを用いて下記の情報を相互に共有させていただきます。

- ・ 医師が患者の診療を行った際の診療情報
- ・ 医療関係職種が記録した患者の医療・ケアに関わる情報
- ・ 医師及び医療関係職種が患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望を患者・家族から取得した情報

### 1 当施設での利用

- (1)患者に提供する医療サービス
- (2)医療保険事務
- (3)入退院等の病棟管理（もし必要があれば）
- (4)会計・経理
- (5)医療事故等の報告
- (6)患者への医療サービスの向上
- (7)当施設での医療実習への協力
- (8)その他患者に係る管理運営業務
- (9)医療の質の向上を目的とした当施設での症例研究

### 2 当施設外への情報提供としての利用

- (1)他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者等との連携
- (2)他の医療機関等からの照会への回答
- (3)患者の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- (4)検体検査業務等の業務委託及びその他の業務委託
- (5)家族等への病状説明
- (6)その他患者への医療提供に関する利用
- (7)保険事務の委託
- (8)審査支払機関へのレセプトの提供
- (9)審査支払機関または保険者からの照会への回答
- (10)その他医療・介護・労災保険・公費負担医療等に関する診療費請求のための利用及びその照会に対する回答
- (11)事業者等から委託を受けた健康診断に係る事業者等へのその結果通知
- (12)医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門の団体及び保険会社等への相談又は届出等
- (13)その他患者への医療保険事務に関する利用
- (14)患者個人を識別あるいは特定できない状態にした上での症例研究、発表及び教育

### 3 その他の利用

- (1)医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- (2)外部監査機関への情報提供

以上

私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。

(西暦) 年 月 日

<患者> 氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

<家族> 氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

医療法人 今村クリニック