**「いなべ地域ケアネット」個人情報使用同意書**

**＜様式２＞**

記入例

**１（使用の目的）**

　本人の生活をより良くするために、ITを活用した連絡手段であるいなべ地域ケアネットを使って、本人の医療・介護・福祉に関わる施設及び職種（病院・一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、デイサービス等に勤務する医療・介護関係者）の間で、本人の状態又は医療・介護・福祉の情報をやりとりし、連携を深めることを目的とします。

**２（ITを活用した連絡手段）**

いなべ地域ケアネットでは、多職種・多施設の間で、パソコンやスマートフォン等を、インターネットにより、安全につないで、本人の情報をやり取りするための連絡手段として、医療介護専用に開発され、情報漏洩に対する安全性が高く、しっかりした管理ができる完全非公開型・医療介護専用SNS「メディカルケアステーション」（エンブレース㈱提供）を用います。

**３（使用にあたっての条件）**

本人の個人情報のやりとりは、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は、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います。いなべ地域ケアネットで扱う個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

また、本人及びその家族に利用料金がかかることは一切ありません。

**４（やりとりされる情報について）**

やりとりされる情報については、次に掲げるとおりです。

・本人氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名

・治療や検査の内容（薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果など）、日々の本人の状態（じょくそう等の体の写真や動画を含む）、関係する医療・介護・福祉施設の情報

・その他、医療・介護・福祉に付随する情報

**５（本人が有する権利）**

いなべ地域ケアネットにおいて、本人には次に掲げる権利があります。

・ある特定の情報のやりとりを拒否する。

・本人に関するいなべ地域ケアネットの利用の停止又は消去を求める。

**６（問い合わせ先）**

いなべ地域ケアネットに関するお問い合わせ先は、いなべ地域在宅医療・介護連携支援センター ＴＥＬ：０５９４－７２－６０５０です。

**私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。**

令和　〇年　〇月　〇日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本 人 | 氏 名 | いなべ　花子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住 所 | いなべ市北勢町阿下喜２６３３番地 |
| 代理者  ※代筆の場合 | 氏 名 | ㊞ |
| 住 所 | （続柄　　　　　　） |
| 利用者家族 | 氏 名 | いなべ　次郎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住 所 | いなべ市北勢町阿下喜２６３３番地　（続柄　　長男　　） |

≪説明者≫　　事業所名　　長寿福祉部ケアプランセンター　　　氏名　　福祉　一郎

本人・家族

連携元事業所

※かかりつけ医以外が連携元事業所となった場合は、かかりつけ医へ患者グループ作成連絡票と一緒に、同意書のコピーをお渡しください。