

記入例

「いなべ地域ケアネット」個人情報使用同意書

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・診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、デイサービス、ヘルパー等）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、医療介護専用が開発され、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ビデオを含む）、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 (問合せ先)

いなべ地域ケアネットに関するお問合せは、以下まで御連絡願います。

- ・いなべ市在宅医療介護連携支援センター（いなべ市役所長寿福祉課内） Tel : 0594-86-7819
- ・東員町在宅医療介護連携支援センター（東員町役場健康長寿課内） Tel : 0594-86-2823

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 2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》 事業所等名 長寿福祉課ケアプランセンター 氏名 福祉 一郎



※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。