

個人情報の取扱いについて

公益財団法人 岩手県対がん協会
理事長 祖父江 憲治
個人情報保護管理者 管理部長
(連絡先:お問合せ窓口と同じ)

当協会は、個人情報を下記の目的で利用し、別掲の「個人情報保護方針」に基づき取扱っております。下記の内容をご確認いただきまして、ご同意の上で、お申し込みくださいますようお願い申し上げます。

1. 個人情報の利用目的について

- ① 患者様への適切な医療サービスの提供のため
 - ② 診療所事務・管理を適切に行うため
 - ― 会計・経理
 - ― 質向上・安全確保・医療事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - ③ 法令・行政上の業務の対応のため
 - ― 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
 - ― 第三者機関への質向上・安全確保・医療事故対応・未然防止等のための報告
 - ― 厚生労働省への感染症法に基づく届け出や医療行政等に関わる統計調査等への対応のため
 - ― 国、県、市町村からの照会への回答
 - ④ 保険請求業務のため
 - ― 保険請求業務
 - ― 保険事務の委託
 - ― 審査支払機関または保険者へのレセプトの提出
 - ― 審査支払機関または保険者からの照会への回答
 - ⑤ ご家族への病状説明のため
 - ― 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
 - ― 他の医療機関からの照会等への回答
 - ― 診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ― 検体検査業務の委託・その他の業務委託
 - ― ご家族等への病状説明
 - ― 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
 - ⑥ 医療機関等の管理運営業務のため
 - ― 医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ― 医師・保健師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・栄養士・医療事務等の学生実習への協力
 - ― 医師・保健師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・栄養士等の教育・研修
 - ― 症例検討・研究
 - ― 治療経過及び予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
 - ― 安全・防犯のための監視カメラによるモニタリング
 - ― 外部監査機関、評価機関、第三者委員会等への情報提供
 - ⑦ 学会・医学誌等への発表のため
 - ― 特定の患者・利用者・関係者の症例や事例の学会・研究会・学会誌等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することとで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。
- 以上の目的以外で患者様の情報を利用する場合、患者様ご本人に個別利用を説明し同意を得た上で行うものといたします。ただし、緊急の場合、治療上必要な場合等、当協会が必要だと判断した場合は、利用を優先し、後ほど説明させていただきます。

2. 個人情報の第三者提供について

患者様の個人情報は、あらかじめ患者様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、以下の利用目的に該当する場合は、患者様から特にお申し出がない限り、医療サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、患者様の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ① 医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること
- ② 医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること
- ③ 医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること
- ④ 患者への医療の提供に際して、家族等への病状の説明を行うこと

3. 業務委託について

医療を提供するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な委託業務の内容は次のとおりです。

検査業務、読影・判定業務、医療事務関連業務、健診業務、情報システム管理、廃棄物処理、清掃業務

4. 患者様の権利について

当協会の管理する個人情報については、ご本人による開示請求、訂正、追加または削除、利用停止、消去または第三者への提供の停止を求めることが可能です。下記のお問合せ窓口にご相談ください。

ただし、以下の事例のような場合は、訂正、削除および利用・提供の拒否には応じることができない場合がございます。

- ・個人情報の訂正を請求された場合、診断に支障がある場合は訂正できない場合があります。
- ・個人情報の削除をご請求された場合、法定保管期限があるものについては生命、身体などの権利利益を優先する必要を鑑み、ご請求に添えない場合があります。

5. 個人情報のお問合せ窓口

〒028-3609 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番6号
公益財団法人 岩手県対がん協会 管理部総務課
電話：019(618)0150
FAX：019(697)8833
電子メール：soumu@i-taigan.jp

■個人情報の取扱いについて、内容を確認し、下記のチェックボックスに「レ」をご記入ください。

同意する

同意しない

- 万一上記の事項についてご同意をいただけない場合には、適切な医療サービスの提供に支障が出る場合がございます。
- 個人情報の取扱いについて同意しがたい事項がある場合には、上記右端のチェックボックスにチェックの上、下記にご記入ください。
- 利用目的については、同意いただいた後でも個別に不同意の表明をすることが可能です。(不同意の撤回を含む)。

■ 個人情報の取扱いに関するご意見・ご要望

_____ 年 月 日 _____

[現住所]

_____ [氏名(自署)] _____

_____ ※氏名は必ずご本人が自筆(直筆)にてご記入ください。 _____