

個人情報取り扱いに関する説明書

医療法人社団 城東桐和会 タムスさくら病院江戸川(以下「当院」)では、お預かりした個人情報について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

1. 利用目的

当院は、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ①医療サービスの提供のため
- ②ご家族への病状説明のため
- ③医療保険事務のため
- ④会計・経理のため
- ⑤他院（歯科受診、各科往診）・保険薬局・診療所・訪問介護ステーション・介護サービス（訪問マッサージ等）事業者などとの連携のため
- ⑥退院支援等の円滑な連携のため
- ⑦外部の医師などへの助言依頼のため
- ⑧院内での医療実習・症例研究のため

2. 第三者提供

当院は、以下の場合を除いて、個人データを第三者へ提供することはありません。

- ①法令に基づく場合
- ②人の生命・身体・財産を保護するために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ③患者が意識不明または判断能力に疑いがあるという状態であり、治療時に家族や関係機関などへ病状を伝える必要がある場合
- ④公衆衛生の向上・児童の健全な育成のために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ⑤国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要がある、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合

3. 開示請求

貴殿の個人情報について、ご本人には、開示・訂正・削除・利用停止を請求する権利があります。手続きにあたっては、ご本人確認のうえ対応させていただきますが、代理人の場合も可能です。詳細については、当院2階「患者サポート相談窓口」へご連絡ください。

〒133-0063 東京都江戸川区東篠崎 1-11-1

医療法人社団 城東桐和会 タムスさくら病院江戸川 患者サポート相談窓口

TEL：03-5664-1701（代表）

以上

個人情報取り扱い同意書

私は、個人情報取り扱いに関する説明にある個人情報取り扱い事項について同意します。

令和 年 月 日

タムスさくら病院江戸川 院長 御中

本人 署名 _____ 印

代諾者 署名 _____ 印

キリリ

個人情報取り扱い同意撤回書

私は、個人情報 _____ について

取り扱いに関する同意を撤回致します。

令和 年 月 日

タムスさくら病院江戸川 院長 御中

本人 署名 _____ 印

代諾者 署名 _____ 印