

# 同意書（訪問診療同意書）

深川 聖彦 殿

医療法人 佳聖会 深川歯科医院

秋田県秋田市中通2丁目5-1 クロッセ秋田4階

電話：018-827-4182 FAX：018-827-4183

私は、\_\_\_\_\_ が保有する医療情報、下記書類について深川歯科に提供すること及び  
居宅または施設での歯科訪問診療を行うことに同意致します。

## 《提供情報》

### ・疾患名、疾患に伴う医療情報

目的 医療行為がスムーズに行われるよう、また全身疾患との関わりを考慮し診療ができるようにするため

### ・生活状況、日常生活動作

目的 診療にあたり、様々な生活環境を十分に考慮し実施できるようにするため

### ・家族構成

目的 診療情報を提供するにあたり、キーパーソンの把握や緊急連絡先等を把握するため

## 《個人情報保護に関するお知らせ》

当医院では、提供頂きました個人情報を、適切に管理し利用することは、当医院の社会的責務であることを認識しております。そのため「個人情報保護に関する基本方針」を制定しております。

### ・個人情報の取得

当医院は、業務上必要な範囲かつ、適正で公平な手段により個人情報を取得致します。

### ・個人情報の利用目的

当医院は、ご提供頂きました個人情報を、安全で安心な歯科治療を行うために、医療機関、福祉事務所との連携を主としたことに利用致します。

### ・個人情報の第三者への提供

当医院は、個人情報を第三者に提供するにあたり、以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人情報を提供致しません。

- ・ 法令に基づく場合、人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難な時
- ・ 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けたものが、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼす恐れがある時

年 月 日

患者本人 住所

氏名（自署又は押印）

（患者が自署できない理由がある場合）

代理人 住所

氏名（自署又は押印）

患者との関係