

# 賀茂地区在宅医療ネットワーク個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、下記記載の内容で、各医療機関・各事業者が個人情報（患者の診療情報並びに家族に関する情報等）を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

## 記

### 1. 使用する目的

診療所において訪問診療・往診をしている患者が、急変された時や訪問診療医の不在時に、下田メディカルセンター（以下、下田MCとする。）が訪問診療に当たる診療所の後方支援として、診療所担当医に代わり迅速且つ効果的な対応を取る為に用いる。

### 2. 使用に当たっての条件

上記1.に記載する目的の範囲内で、個人情報の提供は必要最小限に留め、正当な理由なく第三者に漏らさない。この守秘義務は利用が終わった後も同様とする。

令和 年 月 日

診療所名

御中

【利用者】住所  
氏名

続柄  
印

【利用者代理人】住所  
氏名

続柄  
印

【家族代表者】住所  
氏名

続柄  
印