**eヒタカード在宅医療連携システム利用における**

**個人情報使用同意書**

＜システム利用の目的＞

日田市において医療・介護・福祉・生活支援などのサービス提供に係わる医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、救急隊など）、介護福祉関係者（ケアマネージャー、ヘルパー、老人施設関係者、在宅介護サービス担当者、地域包括支援センター担当者など）が、主として在宅医療を受けている高齢者の医療や身体状況に関する情報を共有することによって、連携体制の質的向上と充実を図ることを目的とします。

＜インターネットによる情報共有＞

医療・介護サービスの提供を円滑に行うため、在宅医療を受けている患者さんの個人情報は、インターネットを活用した在宅医療連携システム（eヒタカードシステム）によって、連携する医療関係者や福祉関係者と共有されます。その連携者は患者さん毎に設定されますので、連携する以外の人がその個人情報を知り得ることはありません。

＜使用条件＞

個人情報の提供は前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめられ、関係者以外にその情報が漏れることのないよう細心の注意を払います。この在宅医療連携システム（eヒタカードシステム）で管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。また在宅患者に利用料金がかかることはありません。

同意の確認

私（在宅患者及びその家族）の個人情報は、必要最小限の範囲内で使用することに、

* **同意します**

※同意する方のみ「同意します」に✔をして下さい。

(乙)ｅヒタカード登録医は、在宅医療連携システム（ｅヒタカードシステム）での個人情報の取り扱いに当たり、（甲）に対しての同システム利用における個人情報使用同意書に基づき、その内容について説明した。

　　　　　年　　　月　　　日 （乙）ｅヒタカード登録医

　医療機関名

　医師名　　　　　　　　　　　　　　印

（甲）私は、在宅医療連携システム（ｅヒタカードシステム）利用のおける個人情報使用同意書に基づき、登録医（乙）からその内容について説明を受けました。

　　　　　年　　　月　　　日 （甲１）患者

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（甲２）患者の家族

　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印