

個人情報同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1. 使用目的

私のための入院診療計画に沿って適切に医療、看護、介護を提供するために実施される入院方針検討会、及び入退院にあたっての他の医療機関、福祉施設、介護保険事業者との連絡調整において必要な場合

2. 使用期間

令和 年 月 日から退院日まで

退院後に連絡調整を必要とする時

3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当っては関係者以外の者に漏ることのないよう細心の注意をはらうこと

令和 年 月 日

医療法人金峰会

山崎病院様

(患者) 住所

氏名 _____ 印

(家族) 住所

氏名 _____ 印