紙（用紙）から電子化した個人情報の取り扱いに関する説明書

　従来、継続した医療・看護・介護に関するケアを提供するために、施設間で情報提供書等の用紙を用いて連携を図ってきましたが、より迅速で切れ目のない情報連携を推進するために、クラウドシステムを利用した情報提供を開始することになりました。

１．電子化の目的

ご本人やご家族の生活を支える医療や看護・介護サービス等の関係専門職が、共通の情報を基に、協力し合ってよりよい支援をしていくことを目的としています。

心身の機能の変化や異常の早期発見と、それに関わる早期支援に役立てたり、可能な限り、住み慣れた地域で、ご自身の能力に応じた自立した生活を続けることができるようにという考え方に基づき、普段の状態をさらに詳しく連携施設に知っていただくために必要な場合に使用します。

２．使用にあたっての条件

個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際は関係者以外には漏れないよう、情報のやり取りや書類の管理は十分に注意して行ないます。また、ご本人とご家族の医療・介護・生活支援以外の目的で個人情報を使用することはありません。

３．同意と撤回の自由

同意した後で取りやめることもできます。また同意後に撤回された場合でも医療や介護・福祉サービスの利用にあたり、不利益を受けることはありません。

＊「個人情報」とは個人および家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

個人情報の使用にあたり、本書に基づいて説明いたします。

所在地：

名　称：

代表者：

連絡先（電話番号）：

（患者様用・利用者様用）

 **紙（用紙）から電子化した情報提供書に関する同意書**

（施設名を入れてください。）　殿

私は、当施設がクラウドシステム「オリナスクラウド」へ情報提供するにあたり、下記の事項について十分説明を受け、その内容を理解した上で、電子化した情報提供書の利用と個人情報使用について同意し、この同意書の写しの1部を受け取ります。

□　同意します

「オリナスクラウド」への参加施設が保存しているあなたの医療・介護に関する情報を、あなたの医療介護サービスを行っている参加施設全体で共有します。参加施設には、今後新たに参加する施設も含まれます。

* 同意します

「オリナスクラウド」に収集された情報を、容易に個人を特定できない形に加工した上で、生活や健康の維持に寄与する医療政策や研究に活用します。地域全体から集められた情報の活用は社会に大きく貢献します。

同意者

同意日：　　　　年　　月　　日

同意者氏名：　　　　　　　　　　　　（自署）

同意者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

代諾者〈代諾者の方が署名される場合：ご家族、後見人／後見的立場にある人〉

同意日：　　　　年　　月　　日

患者氏名：

代諾者氏名：　　　　　　　　　　　　（自署）本人との関係

代諾者住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

私は、「オリナスクラウド」への情報提供について患者様・利用者様に十分説明しました。

説明者

確認日：　　　　年　　月　　日

説明者氏名：　　　　　　　　　　　　（自署）