

同意書

訪問看護指示書作成の為、オンライン資格確認による健康保険資格内容取得に同意します。

令和 年 月 日

患者署名

代理人署名

(続柄)

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療提供に努めています。
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

個人情報保護法についての確認事項

当院は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。
個人情報の取り扱いについてお気づきの点がございましたら、窓口までお気軽にお申し出ください。

【利用目的】

- 患者様への医療提供
- 診療費請求の為の事務
- 当院の管理運用業務
- 企業等から委託を受けて行う健康診断書等における、企業等への結果通知
- 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出
- 医療・介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
- 当院内において行われる医療実習への協力
- 医療の質の向上を目的とした当院内での症例研修
- 外部監査機関への情報提供
- 保険会社からの入院証明、診断書等への書類
- 法律に基づく事項

上記の内、同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出ください。お申し出がないものについては同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。なお、これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更することが可能です。

愛川北部病院

令和7年9月作成