診療情報の提供および開示に関する同意書

桜上水こころの診療所 院長 殿

桜上水こころの診療所（以下、「当院」といいます）は、患者様の個人情報を保護し、適切な医療を提供するために、診療情報の提供および開示に関する取り扱いについて以下の通り定めています。内容をご確認いただき、同意される場合はご署名をお願いいたします。

1. 診療情報の利用目的

① 適切な医療・ケアの提供： 当院における診察、心理検査、精神療法、および薬物療法等の実施のため。

② 医療・福祉・行政機関等との連携： 他の病院・クリニック、カウンセリング機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者、自立支援医療や手帳等の申請に伴う行政機関（保健所等）との円滑な連携のため。

③ 医療保険事務等： 医療保険事務、および審査支払機関または保険者へのレセプト提出・照会への回答のため。

④ 医療の質向上： 医療の質向上、安全確保、および精神医学研究・教育のための個人を特定できない形での利用。

2. 診療情報の開示・説明に関する同意の範囲

情報開示・病状説明について、同意される範囲に「✓」をご記入ください。（※ご本人の心身に重大な悪影響を及ぼす恐れがある場合や、第三者の不利益になる場合は開示できないことがあります）

□ 病名および現在の病状について
□ 今後の治療方針・見通しについて
□ 就労の可否および勤務上の配慮事項について（復職支援、産業医・職場との連携等）
□ 検査結果について（心理検査、血液検査等）
□ 診療報酬明細書（レセプト）等の内容について

3. 同意の撤回・変更について

この同意は、患者様のお申し出によりいつでも撤回または変更することができます。変更を希望される場合は、主治医または受付窓口までお申し出ください。

4. 免責事項

開示された情報が代理人によって第三者へ漏洩、または不適切に利用された場合、貴院はその責任を負わないことを確認します。本同意書の有効期限は、署名日より３ヶ月間、または 本件の説明終了時までとします。本同意を撤回することができます。ただし、撤回前に既に行われた開示についてはその限りではありません。

当院の「診療情報の提供および開示に関する方針」について説明を受け、その内容を理解しました。
上記の事項（「2」でチェックを入れた範囲）について同意いたします。

患者本人・委任者

氏名	
生年月日	年　　月　　日
住所	
記入日	年　　月　　日

氏名する代理人（情報の開示を受ける第三者）

氏名	
本人との関係	□家族　□会社関係者　□保険会社　□その他（　　）
連絡先（電話番号）	

診療所使用欄　本人確認記録

確認日時：　　年　　月　　日

確認書類：□マイナンバーカード　□運転免許証　□社員証・名刺　□その他（　　）

対応者名：