

ふくいみまもり SNS 運用ポリシーの新旧対照表（案）

改定後	現行
第20条 SNSにおいて「患者の個人情報をやりとりする場合は、主治医又は主治医の指示を受けた他職種が、患者もしくはその家族へ説明書を用いて説明し、「同意書」を取得し、保管するとともに、そのコピーを、患者もしくはその家族に渡す。（患者説明書・同意書・・・別紙様式5）」とされている。 なお、第19条の2）の場合は、患者・家族を含めた情報交換を行う場合は、メールアドレスの情報は必須となる。 例外として、主治医以外の他職種（訪問看護師、ケアマネージャー）が、患者もしくはその家族から「同意書」を取得した上で、患者の個人情報を他の職種とやりとりすることも可能とする。なお、早い段階で主治医もチームに参加できるように目指すこと。	第20条 SNSにおいて「患者の個人情報をやりとりする場合は、主治医又は主治医の指示を受けた多職種が、患者もしくはその家族へ説明書を用いて説明し、「同意書」を取得し、保管するとともに、そのコピーを、患者もしくはその家族に渡す。（患者説明書・同意書・・・別紙様式5）」とされている。 なお、第19条の2）の場合は、患者・家族を含めた情報交換を行う場合は、メールアドレスの情報は必須となる。
附則 第1条 この規程は令和6年4月1日から施行する。 第2条 この規程は令和7年2月6日に一部改定する。	附則 第1条 この規程は令和6年4月1日から施行する。

別紙様式 5 の新旧対照表 (案)

改定後	現行																																																																								
「ふくいみまもりNS」における個人情報使用同意書 〇〇 年 月 日 私は、「ふくいみまもりNS」における個人情報利用に関する事項について説明を受け、いづれも同意します。また、私ならびに家族についても利用書として参加することにも合わせて同意します。 <対象> ※利用書として参加する場合はメールアドレスの記載も必要になります。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>フリガナ:</td><td></td></tr> <tr><td>姓 名 :</td><td></td></tr> <tr><td>姓 別 :</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性</td><td></td></tr> <tr><td>メールアドレス:</td><td style="text-align: center;">※</td></tr> <tr><td colspan="2" style="background-color: yellow;">(内線・記録が読取不能の場合は、姓・氏名を記入してください)</td></tr> </table> <家族中（父）> ※利用書として参加する場合のみ記載をお願いします。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>フリガナ:</td><td></td></tr> <tr><td>姓 名 :</td><td></td></tr> <tr><td>姓 別 :</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性</td><td></td></tr> <tr><td>メールアドレス:</td><td style="text-align: center;">※</td></tr> <tr><td>姓 氏 :</td><td></td></tr> </table> <家族中（母）> ※利用書として参加する場合のみ記載をお願いします。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>フリガナ:</td><td></td></tr> <tr><td>姓 名 :</td><td></td></tr> <tr><td>姓 別 :</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性</td><td></td></tr> <tr><td>メールアドレス:</td><td style="text-align: center;">※</td></tr> <tr><td>姓 氏 :</td><td></td></tr> </table> ※家族中（兄弟姉妹）については、同意書は不要です。但し、ふくいまよりファミリーカードを作成した場合、ファミリーカードにて同意書が必要となります。 署名	フリガナ:		姓 名 :		姓 別 :		生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性		メールアドレス:	※	(内線・記録が読取不能の場合は、姓・氏名を記入してください)		フリガナ:		姓 名 :		姓 別 :		生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性		メールアドレス:	※	姓 氏 :		フリガナ:		姓 名 :		姓 別 :		生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性		メールアドレス:	※	姓 氏 :		「ふくいみまもりNS」における個人情報使用同意書 〇〇 年 月 日 私は、「ふくいみまもりNS」における個人情報利用に関する事項について説明を受け、いづれも同意します。また、私ならびに家族についても利用書として参加することにも合わせて同意します。 <対象> ※利用書として参加する場合はメールアドレスの記載も必要になります。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>フリガナ:</td><td></td></tr> <tr><td>姓 名 :</td><td></td></tr> <tr><td>姓 別 :</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性</td><td></td></tr> <tr><td>メールアドレス:</td><td style="text-align: center;">※</td></tr> <tr><td>姓 氏 :</td><td></td></tr> </table> <家族中（父）> ※利用書として参加する場合のみ記載をお願いします。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>フリガナ:</td><td></td></tr> <tr><td>姓 名 :</td><td></td></tr> <tr><td>姓 別 :</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性</td><td></td></tr> <tr><td>メールアドレス:</td><td style="text-align: center;">※</td></tr> <tr><td>姓 氏 :</td><td></td></tr> </table> <家族中（母）> ※利用書として参加する場合のみ記載をお願いします。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>フリガナ:</td><td></td></tr> <tr><td>姓 名 :</td><td></td></tr> <tr><td>姓 別 :</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性</td><td></td></tr> <tr><td>メールアドレス:</td><td style="text-align: center;">※</td></tr> <tr><td>姓 氏 :</td><td></td></tr> </table> ※家族中（兄弟姉妹）については、同意書は不要です。但し、ふくいまよりファミリーカードを作成した場合、ファミリーカードにて同意書が必要となります。 署名	フリガナ:		姓 名 :		姓 別 :		生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性		メールアドレス:	※	姓 氏 :		フリガナ:		姓 名 :		姓 別 :		生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性		メールアドレス:	※	姓 氏 :		フリガナ:		姓 名 :		姓 別 :		生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性		メールアドレス:	※	姓 氏 :	
フリガナ:																																																																									
姓 名 :																																																																									
姓 別 :																																																																									
生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性																																																																									
メールアドレス:	※																																																																								
(内線・記録が読取不能の場合は、姓・氏名を記入してください)																																																																									
フリガナ:																																																																									
姓 名 :																																																																									
姓 別 :																																																																									
生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性																																																																									
メールアドレス:	※																																																																								
姓 氏 :																																																																									
フリガナ:																																																																									
姓 名 :																																																																									
姓 別 :																																																																									
生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性																																																																									
メールアドレス:	※																																																																								
姓 氏 :																																																																									
フリガナ:																																																																									
姓 名 :																																																																									
姓 別 :																																																																									
生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性																																																																									
メールアドレス:	※																																																																								
姓 氏 :																																																																									
フリガナ:																																																																									
姓 名 :																																																																									
姓 別 :																																																																									
生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性																																																																									
メールアドレス:	※																																																																								
姓 氏 :																																																																									
フリガナ:																																																																									
姓 名 :																																																																									
姓 別 :																																																																									
生年月日 西暦 年 月 日 性別 □男性 □女性																																																																									
メールアドレス:	※																																																																								
姓 氏 :																																																																									
以下は事務局様にて記入ください。 <説明・同意書取得者> 姓 氏 _____ 氏 名 _____ 申込受理状況、説明・同意書取得を行った場合、以下に記入する。 <説明・同意書取得者を指示した日時> ※説明以上の配布がない、紙媒体（説明用紙類）、タブレット・スマートフォンにて説明（同意書取得済みの確認あり） 姓 氏 _____ 氏 名 _____ 以下のとおりとし、情報提供を行う連絡先（メールアドレス等）を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> </tr> <tr> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> </tr> <tr> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> </tr> </table> ※この一ページを添付し、もししくは、ご返信にお送りください。 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 NPO法人 社会福祉協議会 (info@shokai.or.jp)	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	以下は事務局様にて記入ください。 <説明・同意書取得者> 姓 氏 _____ 氏 名 _____ 申込受理状況、説明・同意書取得を行った場合、以下に記入する。 <説明・同意書取得者を指示した日時> 姓 氏 _____ 氏 名 _____ 以下のとおりとし、情報提供を行う連絡先（メールアドレス等）を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> </tr> <tr> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> </tr> <tr> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> <td>施設住所: 事業所名:</td> </tr> </table> ※この一ページを添付し、もししくは、ご返信にお送りください。 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 NPO法人 社会福祉協議会 (info@shokai.or.jp)	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:																																																						
施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:																																																																							
施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:																																																																							
施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:																																																																							
施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:																																																																							
施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:																																																																							
施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:	施設住所: 事業所名:																																																																							

※患者さん記入欄に、**代理人記載の場合**の欄を追加

※“医師よりの指示がなく、**他職種（訪問看護師・ケアマネージャー）**にて説明・同意書取得した場合”を新たに追加する