

「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用概要説明書（患者・患者関係者用）

（使用の目的）

1 患者さんの生活をより良くするために、ITを活用した連絡手段である「ふくいみまもりSNS」（以下、「SNS」と略）を使って、患者さんの医療・介護・福祉に関わる施設及び職種（病院・診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護支援専門員、デイサービス、ヘルパー等）の間で、患者さんの状態又は医療・介護・福祉の情報をやりとりし、連携を深めることを目的とします。

（使用するITを活用した連絡手段）

2 「SNS」では、多施設・多職種の間で、パソコンやスマートフォンなどを、インターネットで安全につないで、患者さんの情報をやりとりするための連絡手段として、医療介護専用に開発され、情報漏洩に対する安全性が高く、しっかりした管理ができる完全非公開型・医療介護専用SNS（富士通Japan株式会社）を使用します。

（使用にあたっての条件）

3 患者さんの個人情報のやりとりは、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏らさないよう細心の注意を払います。「SNS」で扱う個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。患者さん及びその家族に利用料金がかかることは一切ありません。

（情報交換の内容について）

- 4 情報交換の内容については、以下のとおりです。
- ・日々の患者さんの状態（褥瘡などの体の写真やビデオを含む）
 - ・関係する医療・介護・福祉施設の情報
 - ・その他、医療・介護・福祉に付随する情報

（患者さんが有する権利）

- 5 患者さんは、「SNS」について、以下の権利があります。
- ・ある特定の情報のやりとりを拒否する
 - ・患者さんに関する「SNS」の利用の削除を求める

（問い合わせ先）

- 6 SNSに関するお問い合わせは、下記の事務局までご連絡願います。
- 〒910-0001 福井県福井市大願寺3-4-10 福井県医師会館4階（福井県医師会内）
ふくいメディカルネット事務局
TEL 0776-24-0387
FAX 0776-21-6641
Mail fmic.sys@gmail.com

「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用同意書

20 年 月 日

私は、「ふくいみまもりSNS」における個人情報使用に関する事項について説明を受け、いずれも同意します。また、私ならびに家族についても利用者として参加することにも合わせて同意します。

<患者> ※利用者として参加する場合はメールアドレスの記載をお願いします。

フリガナ：	
氏 名：	
住 所：	
生年月日 西暦	年 月 日 性別 ☐ 男性 ☐ 女性
メールアドレス：	@
(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄：)	

<家族①（主）> ※利用者として参加する場合のみ記載をお願いします。

フリガナ：	
氏 名：	
住 所：	
生年月日 西暦	年 月 日 性別 ☐ 男性 ☐ 女性
メールアドレス：	@
続 柄：	

<家族②（副）> ※利用者として参加する場合のみ記載をお願いします。

フリガナ：	
氏 名：	
住 所：	
生年月日 西暦	年 月 日 性別 ☐ 男性 ☐ 女性
メールアドレス：	@
続 柄：	

※本様式への記入については、正確を期する為、本ホームページよりファイルをダウンロードの上、ワープロ打ちにてご提出をお願いいたします。

——以下は申請施設にて記入ください。——

<説明・同意書取得者>

施設名

氏 名

◎主治医以外が、説明・同意書取得を行った場合、以下に記入する。

<説明・同意書取得を指示した医師>

<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>

施設名

氏 名

※本SNSを活用し、情報連携を行う施設名（サービス事業所）を記入してください。

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：

※コピーを一部患者さん もしくは ご家族にお渡しください。

(エル)

送信先：SNS事務局（fmic.sys@gmail.com）