

在宅医療における個人情報使用同意書

患者の円滑な在宅での療養（医療）を実現するためには、患者をとりまく家族、医療従事者、介護従事者、その他の関係者が適切に連携していく必要があります。そのため適切な連携を行うにあたって下記の事項をご了承いただきますようお願い申し上げます。

記

- 1) 在宅医療は、医師による継続的な診療が必要であるにもかかわらず、外来受診が困難であるときに行うことができます。
- 2) 在宅医療は、医療環境が整った病院等で検査及び治療等を集中的に受けることよりも、家族のサポートのもとで住み慣れた自宅で安心して療養を継続することを重視して行われるものです。そのため、患者が在宅での療養（医療）を希望されているのはもちろんのこと、患者をとりまく家族においても意思の統一が図られている必要があります。
- 3) 在宅医療は、病院診療に比べて十分ではない事項（例えば以下の事項）があります。
 - ① 訪問（往診）に時間を要すること
 - ② 検査内容及び診療内容が限られており、かつ検査結果が出るまでに時間を要すること
 - ③ 医療設備等について万全ではない部分があること
- 4) 在宅医療の開始にあたっては、これまでの担当医からの同意を得ており、診療情報提供書（紹介状）を入手する必要があります。なお、診療情報提供書とは今までの診療経過や薬の情報（使用禁忌の薬も含む。）等、患者の重要な情報が記載されているものです。
- 5) 在宅医療の継続にあたっては、患者及び家族と在宅主治医との間に確かな信頼関係を築くことが必要となります。
- 6) 容態の変化や療養環境の変化を把握するため定期的な訪問診療を受ける必要があります。
- 7) 円滑な在宅での療養生活を継続していただくため、在宅療養（医療）をサポートする他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者その他の関係者と連携を図る目的で、医療従事者や介護従事者その他の関係者が適切と認める通信手段等（電話や、地域の医療連携ネットワークシステム、非公開型の医療介護専用コミュニケーションシステム等の IT、ICT システム含む）を用いて、法令や関係官庁等の各種ガイドラインに準拠して適切なセキュリティ対策をした上で診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。
- 8) 在宅医療期間中に患者から取得する個人情報の利用目的は、裏面に記載のとおりです。

以上

(西暦) 年 月 日

私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。

<患者>

氏 名		(印)
住 所		

<家族>

氏 名		(印)
住 所		

[注：在宅をサポートする家族1名以上を記載することを想定しています。]

