



## 親権者同意書

ゴリラクリニック御中

私の子である \_\_\_\_\_ は、

親権者である \_\_\_\_\_ が同席しない場での診療・施術の説明であっても

自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の相談内容である \_\_\_\_\_ について

子の判断で診療契約を取り交わすことに親権者としても同意します。

↓ 親権者記入欄

署名日                      年              月              日              氏名

住所

緊急連絡先(電話番号)

## 15歳未満の患者様の個人情報のお取り扱いについて

当院では15歳未満の患者様、利用者様の個人情報を下記の通り取り扱います。下記の内容をご確認頂き、同意の上、診療申し込み、または受診をしていただきますようお願いいたします。

### 1. 15歳未満の患者様の個人情報について

15歳未満の患者様の形で個人情報をご提供いただける場合、事前に保護者の同意を得ることとします。（個人情報の提供があった場合は、保護者の同意があったものと判断させていただきます。）

### 2. 利用目的（詳細につきましては別掲の「当院における患者様・利用者様の個人情報の利用目的」をご参照ください）

- ・患者様、利用者様へ適切な医療サービスの提供のため
- ・クリニック事務・管理を適切に行うため
- ・法令・行政上の業務への対応のため
- ・ご家族への病状説明

以上の目的以外で患者様、利用者様の情報を利用する場合、患者様、利用者様ご本人に個別理由を説明し、同意を得た上で行うものといたします。ただし、緊急の場合、治療上必要な場合等、当院が必要だと判断した場合は利用を優先し、後ほど説明させていただきます。

### 3. 個人情報の第三者提供について

患者様、利用者様の個人情報は、あらかじめ患者様、利用者様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。ただし、以下の利用目的に該当する場合は、患者様から特にお申し出がない限り、医療サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、患者様の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ・医療の提供のため、他の医療機関と連携を図ること
- ・医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を得ること
- ・医療の提供のため、他の医療機関等からの照会が合った場合にこれに応じること
- ・患者様への医療の提供に際して、ご家族等への病状の説明を行なうこと

### 4. 業務委託について

医療を提供するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。検体検査項目、医療事務関連業務、清掃業務、情報システム業務、医療廃棄物処理

### 5. 患者様、利用者様の権利

当院へ提出した個人情報をいつでも開示、訂正、追加、削除、利用、提供の拒否の要求が出来ます。詳しくは個人情報相談窓口までお問い合わせください。

## 個人情報の取り扱いについて

同意する

同意しない

一部不同意

※上記個人情報の利用目的に対し、同意をいただけない場合には、診療又は診断の支障をきたすという不利益が生じる場合があります。

※個人情報の取り扱いについて同意しがたい事項がある場合には、上記右端のチェックボックスにチェックの上、下記にご記入ください。

※利用目的については、同意いただいた後でも個別に不同意の表明をすることが可能です（不同意の撤回を含む）

※代理人による開示等の申請の場合は、委任状、代理人ご本人の身分証のコピーが別途必要になります。詳しくは個人情報相談窓口までお問い合わせください。

※場合によっては一部不同意でもご相談いただける場合がございます。詳しくは個人情報相談窓口（0120-987-118）までご相談ください。

## 個人情報の取り扱いに関するご意見・ご要望

医療法人社団十二会 個人情報保護管理者：北原 雅之

個人情報相談窓口 電話：0120-987-118

私は上記事項に同意します。

令和 年 月 日

保護者名(親権者名)

印

契約者名

印