

個人情報保護担当者等一覧

平成28年1月1日

1. 個人情報保護の担当部署 事務部
2. 保護管理者 院長
3. 保護副管理者 副院長及び事務部長
4. 保護担当者

連番	部 署 等	保 護 担 当 者
1	医局（医師）	各科医長（精神腫瘍科：副院長、 リハビリテーション科：整形外科 医長、歯科：外来部長）
2	医局（医長以上）	統括診療部長
3	薬剤部	薬剤部長
4	臨床検査科	臨床検査技師長
5	診療放射線科	診療放射線技師長
6	臨床工学技士	統括診療部長
7	心理療法士	
8	歯科衛生士	
9	メディカルクラーク	
10	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	整形外科医長
11	栄養管理室長	栄養管理室長
12	看護部長室（医療安全・感染管理・病院情 報部所属の看護師を含む）	看護部長
13	看護部（各病棟・外来・手術室・緩和ケア センター）	看護師長
14	患者家族総合支援センター（地域医療連携 研修センターを除く）	地域医療連携係長
15	地域医療連携研修センター（地域クリニカ ルパス研修室）	外来部長
16	地域医療連携研修センター（がん登録支援 医療情報管理室）	病理科医長
17	医療情報管理室	
18	病院情報部	副院長
19	臨床研究センター	臨床研究センター長
20	企画課3F	企画課長
21	管理課（防災センター、医療秘書含）	管理課長
21	企画課2F（医事）	経営企画室長

患者さんの個人情報保護に関する誓約書

(医療機関名)

院 長 殿

私は、当院の従業者として、患者さんの個人情報の保護に関する院内規則を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在職中はもちろん、退職後においても、職務上知り得た患者さんの個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

(医療機関名)

氏 名

別紙3 業務委託契約における個人情報保護条項の例

業務委託に際しての個人情報保護に関する確認書

甲 (医療機関)
乙 (業務委託先)

第1条

乙は、甲より委託を受けた業務（以下、本件業務）の実施に際して知り得た個人情報については、厳重に管理し、正当な理由なく第三者に開示、提供、漏洩してはならない。

第2条

乙は、前条の義務を履行するため、自己の組織内に個人情報の安全管理に関する責任者を定め、十分な安全管理対策を講じなくてはならない。

第3条

乙は、本件業務の遂行にあたり、個人情報保護に関する甲の指示に従うものとする。

第4条

乙は、本件業務における個人滋養法の安全管理に関する状況を、毎月最終営業日に甲に対して報告するものとする。

また、甲はいつでも乙の個人情報の安全管理の状況について報告を求め、検査することができる。

第5条

乙は、本確認書にもとづく安全管理措置の内容を、自己のすべての従業者が、在職中、退職後を通じて遵守することを、保証するものとする。

第6条

乙は、本件業務に関して、自ら保管する個人情報が漏洩したことにより甲に損害が生じた場合には、これを賠償するものとする。

第7条

本確認書は、本件業務委託契約の終了後も有効に存続する。

年 月 日

当院は患者さんの個人情報保護に 全力で取り組んでいます。

国立病院機構では、患者さんの個人情報については、以下の目的のために利用させていただくことがあります。個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出下さい。

四国がんセンター院長

四国がんセンターにおける個人情報の利用目的

●国立病院機構内部での利用

- ① 患者さんへの医療サービスの提供
- ② 患者さんに提供した医療サービスに関する医療保険事務
- ③ 患者さんに関係する入退院等の病棟管理、会計・経理、医療事故等の報告、医療サービスの向上
- ④ 医療実習への協力
- ⑤ 医療の質の向上を目的とした症例研究
- ⑥ その他患者さんに関する管理運営業務

●他の事業者等への情報提供を伴う利用

- ① 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ② 他の医療機関等からの照会への回答
- ③ 患者さんの診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④ 医療保険事務、検体検査業務等の業務委託
- ⑤ 患者さんのご家族等への病状説明
- ⑥ 審査支払機関へのレセプト(診療報酬明細書)の提出
- ⑦ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への対応
- ⑨ 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- ⑩ 医療賠償責任保険等に係る、医療に関する専門団体等への相談又は届出等
- ⑪ その他患者さんへの医療保険事務に関する利用

●その他の利用

- ① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ② 学生の実習への協力
- ③ 外部監査機関への情報提供
- ④ 国立病院機構診療情報集積基盤での利用
- ⑤ 法令に規定されたもの(がん登録等)
- ⑥ 公的・社会的重要性が高く、公衆衛生の向上のために必要なもの(がんの疫学的研究など、疾病の予防・治療のための調査や追跡調査等)

- 付記
- 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意できないものがありましたら、その旨を個人情報保護窓口までお申し出ください。
 - お申し出のないものにつきましては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
 - これらのお申し出は、あとからいつでも撤回、変更等を行うことができます。

お知らせ

患者さんの情報の保護について

当院では、患者さんに安心して医療を受けていただくために、安全な医療をご提供するとともに、患者さんの個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

●個人情報の利用目的について

当院では、患者さんの個人情報を別記の目的で利用させていただくことがあります。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者さんからの同意をいただくことにしておりますのでご安心ください。

●個人情報の開示・訂正・利用停止等について

当院では、患者さんの個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても、「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

手続きの詳細のほか、ご不明な点については、窓口までお気軽にお尋ねください。

院 長

(別記)

当院における個人情報の利用目的

●国立病院機構内部での利用

- ① 患者さんへの医療サービスの提供
- ② 患者さんに提供した医療サービスに関する医療保険事務
- ③ 患者さんに関係する入退院等の病棟管理、会計・経理、医療事故等の報告、医療サービスの向上
- ④ 医療実習への協力
- ⑤ 医療の質の向上を目的とした症例研究
- ⑥ その他患者さんに関する管理運営業務

●他の事業者等への情報提供を伴う利用

- ① 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ② 他の医療機関等からの照会への回答
- ③ 患者さんの診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④ 医療保険事務、検体検査業務等の業務委託
- ⑤ 患者さんのご家族等への病状説明
- ⑥ 審査支払機関へのレセプト（診療報酬明細書）の提出
- ⑦ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への対応
- ⑨ 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- ⑩ 医療賠償責任保険等に係る、医療に関する専門団体等への相談又は届出等
- ⑪ その他患者さんへの医療保険事務に関する利用

●その他の利用

- ① 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ② 学生の実習への協力
- ③ 外部監査機関への情報提供
- ④ 国立病院機構診療情報集積基盤での利用
- ⑤ 法令に規定されたもの（がん登録等）
- ⑥ 公的・社会的重要性が高く、公衆衛生の向上のために必要なもの

(がんの疫学的研究など、疾病の予防・治療のための調査や追跡調査等)

1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください。
2. お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
3. これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

別紙6 利用目的の変更通知

殿

当院が保有する貴殿に関する
個人情報の利用目的の変更（追加）について

当院が保有する貴殿にかかわる個人情報については、かねてより院内掲示などを通じてご通知した利用目的に沿って、適切に取り扱っているところではありますが、今般、下記のとおり、利用目的を変更（追加）する必要が生じました。

つきましては、貴殿の個人情報の利用目的の変更（追加）に対する諾否を、同封の「利用目的変更(追加)諾否通知書にご記入のうえ、当院までご返送いただきますよう、お願いいたします。

利用目的変更の
項目・範囲

利用目的の内容

年 月 日

(医療機関名)

院長

担当医

科

別紙 7 利用目的変更の諾否通知書

個人情報の利用目的変更（追加）諾否通知書

(医療機関名)

院長殿

私は、貴院が保有する私にかかわる個人情報の利用目的につき、下記のとおり変更（追加）する旨の通知を受け取りました。

利用目的変更
の項目・範囲

(医療機関で記入)

新たに追加する
利用目的の内容

(医療機関で記入)

上記の利用目的の変更（追加）につき、私は下記のとおり回答いたします。

利用目的の変更・追加に（ 同意します ・ 同意しません ）

備考

年 月 日

患者本人（自筆）

生存・死亡カルテ借り出し申請書

生存・死亡どちらかを○で囲んで下さい。

生存・死亡の両方を申請する場合は、申請書を分けて各1枚提出して下さい。

申請者：所属	氏名	連絡先
*本人でない場合は代理の方の所属氏名を記入してください。その場合も申請者名は省かないでください。		
代理人：所属	氏名	

申請日 H 年 月 日 ()	返却予定日 (期限：申請日+14日以内) H 年 月 日 ()
利用目的： <input type="checkbox"/> 入退院に伴う書類の記載 <input type="checkbox"/> 治験事務 <input type="checkbox"/> 臨床研究 <input type="checkbox"/> その他 ()	

	I D 番号	患 者 名		I D 番号	患 者 名
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

上記カルテの貸し出しを受け付けました。 医療情報管理室担当者

申請にあたっては以下のことを厳守してください。

1. 借りられる期間は14日以内です、申請日の翌日から14日のうちに返却して下さい。
2. 借り出しの期間が14日を超える場合は、再申請を行ってください。
 なお、期限を過ぎても返却されない場合は、院長名にて返却要請を出すことがあります。
 要請後も返却がない場合は1ヶ月間貸し出し禁止期間を設けます。また返却遅滞の常習者には貸し出しを禁止します。

平成 年 月 日

診療情報閲覧許可申請書及び許可証

診療情報管理委員会委員長殿

依頼部署 _____ 殿

申請者

所属 _____ 氏名 _____ 印

下記について申請します。

記

目的	
責任者	部署 _____ 氏名 _____
協力者名	部署 _____ 氏名 _____ 部署 _____ 氏名 _____
閲覧の概要	
閲覧の期間	
個人情報の有無	あり ・ なし
検索の内容 (検索の条件)	
情報保管場所、 管理方法 (個人情報 【あり】の場 合)	<input type="checkbox"/> 個人情報と分離し、病院（管理課）貸与するセキュリティ機能の付されたUSBメモリに保存する <input type="checkbox"/> 個人情報を破棄し（準個人情報を残し）、病院（管理課）貸与するセキュリティ機能の付されたUSBメモリに保存する <input type="checkbox"/> 個人情報を破棄し（準個人情報を残し）、厳重に管理された外部媒体に保存する <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
USB貸与	貸与あり（管理番号： _____ ） ・ 新規貸与
研究結果の公表	<input type="checkbox"/> 研究結果を学会、論文等で公表する場合は、個人が特定できない形でまとめた上で公表する。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

*USBメモリ申請者は、原本を情報管理室へ提出し、写しを管理課へ提出すること。

*個人情報：氏名・生年月日

準個人情報：ID・年齢・性別・イニシャル

*この申請書で診療情報とするものは、診療録に記載されている情報と患者に関わる検査・画像等のデータ全般とする。

年 月 日

(病院が貸与する) USBメモリ等の使用に係る申請書

四国がんセンター 院長 殿
(保護管理者)

申請者
(所属)

(氏名) _____ 印

下記のとおり USBメモリ等の貸与を受け使用することを申請します。

記

1. 使用理由: _____

2. 使用期間 (最長1年): 年 月 日 ~ 年 月 日

(※ セキュリティ機能のついてないUSBメモリ等の貸し出しを行う場合)

3. 全てのファイルについて暗号化を行うことを約束することへの同意

同意する 同意しない

職場長確認欄
印

【許可権者記入欄】

許可 不許可 許可日 年 月 日

記録媒体管理番号は、 scc-kanri- とする。

許可権者 (職名)

(氏名) _____ 印

※ 原本は事務部、写しは申請者が保管する。

様式 5

年 月 日

保有個人情報の外部への送信・送付・持ち出しに係る許可申請書

殿
(保護管理者又は保護副管理者)

申請者 (所属) _____

(氏名) _____ 印

独立行政法人国立病院機構の保有する個人情報の保護に関する規程（平成 17 年第 4 号）第 25 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の外部への送信・送付・持ち出しについて許可申請します。

記

1. 保有個人情報の内容

2. 許可内容

メールによる送信 FAXによる送信 郵送 持ち出し

3. 理由

4. 継続性の有無 有 無

5. 期間（4で「有」の場合。最長1年。）

年 月 日 ～ 年 月 日

【許可権者記入欄】

許可 不許可 許可日 年 月 日

許可権者 (職名) _____

(氏名) _____ 印

※ 原本は事務部、写しは申請者が保管する。

「保有個人情報の外部への送信・送付・持ち出しに係る許可申請書」（裏面）

<許可に係る留意事項>

- メール・FAX送信や郵送に係る申請については、診療連携や医療保険事務など保有個人情報の送信・送付の必要性が認められるものが多いところであるが、「外部への持ち出し」に係る申請については、研修レポートの作成や自己学習のためなど保有個人情報を外部に持ち出すことの必要性が認められないものは、許可を行わないこと。
- 国立病院機構で確認されている保有個人情報の漏えい等の多くは、外部への持ち出しに起因しているため、基本的に外部への持ち出しが禁止であるという認識のもと、許可は必要最小限に止めること。
- 外部への持ち出しが必要と考えられる例としては、訴訟等に関連した業務を行う際に、原告等関係者の保有個人情報を弁護士事務所へ持ち込んで相談を行う必要がある場合などが考えられる。

独立行政法人国立病院機構個人情報保護規程第25条第1項に係る申請(様式5)に関して
個人情報保護管理者が申請を不要と認める理由と宛先について

国立病院機構四国がんセンター院長

下記に定める理由と宛先に送信・送付を行う場合については、独立行政法人国立病院機構個人情報保護規程第25条1項に係る申請(様式5)による事前の申請を行わずとも許可をすることとする。

理由	宛先
診療連携	連携先・連携元医療機関
他の医療機関からの照会への回答	照会元の医療機関
患者の診療等にあたり外部の医師等の意見・助言を求める場合	該当する外部の医師等
検体検査、病理検査業務の業務委託	該当する業務委託先
がん登録業務	国立がん研究センター・愛媛県
臨床試験に関連する連携医療機関への情報提供	連携先・連携元医療機関・照会元の医療機関
治験に関連する連携医療機関への情報提供	連携先・連携元医療機関・照会元の医療機関
審査支払機関へのレセプトの提出	愛媛県国保連合会、愛媛県支払基金等
審査支払機関又は保険者からの照会	愛媛県国保連合会、愛媛県支払基金、各保険者
医療法・診療報酬・医療従事者関係届出事務	四国厚生支局、松山市保健所、労働基準監督署等、該当事務の各届出先
医療保険事務、電子カルテ保守の業務委託	該当する業務委託先
診療録の開示請求、法令に基づく照会及び捜査機関からの照会	該当する開示請求者等
顧問弁護士への相談業務	顧問弁護士
感染症関係届出事務	愛媛県または松山市保健所
社会保険、雇用保険関係事務	ハローワーク、協会けんぽ
所得税、住民税事務	松山税務署、各自治体
労働災害届出事務	労働基準監督署
DPCデータの提供業務(DPC分析システム、ベンチマークシステム、原価計算システム等)	各システムのデータセンター
給与、謝金、旅費の金融機関振り込みにかかる職員個人データの提供	関係金融機関
組合員原票作成・標準報酬決定資料等の共済組合運営にかかる資料の提供	厚生労働省第二共済組合

診 療 録 等 開 示 申 請 書

平成 年 月 日

四国がんセンター院長 殿

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____ - _____

以下のとおり申請します。

1. 申請に係る 診療情報の内容	ア. 診療録 イ. 看護記録 ウ. 処方箋 エ. 検査記録 オ. エックス線写真 カ. その他 ()								
2. 提供の区分	ア. 閲覧 イ. 謄写(コピー) ウ. 要約書の交付 ア. イ. ウ. に併せ口頭での説明 (要 ・ 不要) ☆ 但し、イ. ウ. については、当院の諮問委員会の審議の結果、提供しない場合があります。								
3. 申請の理由									
4. 患者本人の氏名等 (申請者が患者本人でない場合)	患者本人の氏名 患者本人の住所 _____ 及び電話番号 _____ - _____ 患者本人との続柄								
※ 事務局 処理欄	申請者本人 確認欄 申請者資格 確認欄								
※ 備 考	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">運転免許証</td> <td style="width: 50%; border: none;">旅券</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">健康保険証</td> <td style="border: none;">その他()</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">戸籍謄本</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">その他()</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	運転免許証	旅券	健康保険証	その他()	戸籍謄本		その他()	
運転免許証	旅券								
健康保険証	その他()								
戸籍謄本									
その他()									

(注)
※欄には記入しないでください。

診療録等診療情報取扱回答書

様

独立行政法人国立病院機構
 四国がんセンター
 院長 栗田 啓 印

付で受付けた診療情報の提供の申し出について、次のとおり取り扱うことにしましたので、通知します。

1. 提供取扱の種類	ア. 閲覧 可 ・ 不可 イ. 謄写 <input checked="" type="radio"/> 可 ・ 一部不可 ・ 不可 ウ. 要約の交付 可 ・ 不可 エ. 上記ア～ウに併せて行う口頭説明 可 ・ 不可
2. 申し出にかかる診療情報に内容	・ <input checked="" type="checkbox"/> 診療録 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 看護記録 ・処方箋(オーダーリングシステムのため診療録による) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 検査記録 ・エックス線写真 ・その他(手術記録、検査の画像)
3. 診療情報の提供の日時及び場所	日 時 場 所 企画課(医事)面談室
4. 提供しない場合の理由とその範囲	(理由) (範囲)
5. 事務局	松山市南梅本町甲160 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 企画課(医事) 樋口 智之 電話番号 089-999-1111(代表) (内線) 1205
6. 備 考	#REF! 開示する患者氏名 氏

(注)

当日は、この回答書と申請者本人であることを証明する書類を持参して下さい。
 また、上記の日時に来られない場合には、事前に事務局まで連絡して下さい。

別紙 1 5 訂正・追加・削除請求書

個人情報に関する訂正・追加・削除請求書

年 月 日

(医療機関名)

院長殿

私は、貴院が保有する個人情報について、下記のとおり訂正・追加・削除（以下、訂正等）していただくよう請求いたします。

訂正等を求める患者	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
訂正等を希望する内容等	訂正等希望箇所を特定する記録文書名、日付	具体的な訂正等の内容 ※訂正請求は客観的事実に関する記録に限ります。	

請求者 氏 名
患者との続柄
住 所
電 話 番 号

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の診療記録等の訂正等請求に関する一切を委任いたします。

患者本人 (自筆)

受付	院長	医長	担当医		訂正実施	訂正可否

殿

当院が保有する 殿に
関する個人情報の訂正・追加・削除について

貴殿から訂正・追加・削除請求書が提出されておりました標記の件については、下記のとおり訂正・追加・削除(以下、訂正等)することと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

訂正等の
内容

なお、訂正等の内容を確認される場合には、あらかじめ当院にご連絡のうえ、当院窓口までお越しいただきますようお願いいたします。

また、訂正等の箇所のコピーをご希望の場合には、実費として金 円を申し受けます。ご来院時に現金にてお支払いいただきますようお願い申し上げます。

年 月 日

(医療機関名)

院長

担当医 科

別紙16-2 訂正・追加・削除請求回答書（否）

殿

当院が保有する 殿に
関する個人情報の訂正・追加・削除について

貴殿から訂正・追加・削除(以下、訂正等)の請求書
が提出されておりました標記の件については、誠に遺
憾ながら、下記のとおりご希望に添いかねることと決
定いたしましたので、ご通知申し上げます。

訂正等請求
の内容

訂正等ができない理由

- 当該情報の利用目的からみて訂正等が必要でないため
- 当該情報に誤りがあるとの指摘が正しくないため
- 訂正等の対象が事実でなく評価に関する情報であるため
- 対象となる情報について当院には訂正の権限がないため
- その他

なお、この件についてご不明の点は、当院窓口までお尋ね
ください。

年 月 日

(医療機関名)

院 長

担当医 科

別紙 1 7 利用停止等請求書

個人情報に関する利用停止等請求書

年 月 日

(医療機関名)

院長殿

私は、貴院が保有する個人情報について、利用停止、第三者提供の停止または、消去をしていただくよう請求いたします。

利用停止等を求める患者情報	フリガナ	(姓)	(名)
	患者氏名		
	診察券番号		
	住所		
	生年月日		
利用停止等請求の対象となる記録文書名、日付			
利用停止等請求の内容 ※どのような目的への利用停止等を希望するのか具体的に お書きください。			
利用停止等請求の理由	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた利用目的を超えた利用 <input type="checkbox"/> 当該個人情報不正な手段によって取得されたため その他 ()		

請求者 氏 名
患者との続柄
住 所
電 話 番 号

(本人委任状)

私は、上記のとおり、(請求者) に対して、貴院が保有する私の診療記録等の利用停止等請求に関する一切を委任いたします。

患者本人 (自筆)

受付	院長	医長	担当医		停止実施	停止可否

別紙 18 - 1 利用停止等請求回答書 (諾)

殿

当院が保有する 殿に
関する個人情報の利用停止等請求について

貴殿から利用停止等の請求書が提出されておりました
標記の件については、下記のとおり利用停止等の措置を
講じましたので、ご通知申し上げます。

利用停止等の
対象記録

--

利用停止等の
内容

--

利用停止等の措置
を講じた日

年 月 日から

年 月 日

(医療機関名)

院長

担当医

科

別紙 18 - 2 利用停止等請求回答書 (否)

殿

当院が保有する 殿に
関する個人情報の利用停止等請求について

貴殿から利用停止等の請求書が提出されておりました
標記の件については、誠に遺憾ながら、下記のとおりご
希望に添いかねることと決定いたしましたので、ご通知
申し上げます。

利用停止等
請求の内容

利用停止等の措置をとらない理由

- 利用目的の逸脱等は認められないため
- 当該個人情報の取得に際して、不正は認められなかったため
- その他

なお、この件についてご不明の点は、当院窓口までお尋ね
ください。

年 月 日

(医療機関名)

院 長

担当医 科