

旅行透析の確認事項と個人情報の利用目的に関する説明と同意のお願い

- 旅行透析の受け入れにあたりましては、患者様の安全を期すために、通院されている主治医の許可が必要です。また通院中の医療機関との情報提供が必要となります。
- 必要に応じて、当院から主治医、通院中の医療機関へお問い合わせをする場合もございます。予めご了解ください。
- 旅行計画のスケジュールについては、調整の参考にお伺いする場合があります。予めご了解ください。
- 自家用車で来院の方はクリニック駐車場をご利用ください。
- なお駐車場での盗難及び事故等につきましては一切責任を負いませんのでご了解ください。
- 旅行透析前日及び当日に発熱、咽頭痛、咳嗽、嘔吐、下痢などの症状がある場合は、新型コロナウイルス、インフルエンザ等の検査を受けていただきます。
- 新型コロナウイルス、インフルエンザ検査で陽性となった場合は、個室の状況により日時変更等もご相談させていただく場合がありますので予めご了解ください。また、旅行透析予定日より10日前以降にご本人または同居家族が上記症状または感染した場合は当院までご連絡ください。
- 個人情報保護方針について

当院では個人情報について個人情報保護方針及び諸規定に基づき適切な管理に努めております。患者様の個人情報の取得、利用及び提供にあたっては医療に必要な以下に定める利用目的での範囲内で行います。

(ホームページをご確認ください)

- 1) 医療情報提供
- 2) 医療保険事務
- 3) 医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 4) 医療の質の向上を目的とした院内外の教育症例研究、研修
- 5) 検査、監査等外部委託機関への情報提供

私は、上記内容を確認し、内容を承諾したうえで旅行透析を実施することに同意します。

いしはらファミリークリニック殿

同意年月日 年 月 日

氏名（フリガナ） 様 性別： 男 ・ 女

※代筆者 様 (続柄：)

生年月日 年 月 日 生 (歳)

住所：

電話番号

身元保証人

氏名（フリガナ） 様 (続柄：)

住所：

電話番号

宿泊先住所：

連絡先：