

個人情報に関する同意の確認書

(運営組織)

公益財団法人日本医療機能評価機構 御中

私（患者）は、産科医療補償制度に関して、運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）が私及び私の保護者並びに親族の個人情報（過去に取得したものを含みます。）を、次の①から④に掲げる個人情報の取得、提供を行うことについて、同意の有無を回答します。

- ① 運営組織が、補償対象の認定、補償金の支払い、脳性麻痺が生じた原因の分析、将来の同種の脳性麻痺の再発防止等、本制度の目的を達成するために取得し、自ら利用すること
- ② 補償金の支払いを目的として、医療機関、金融機関（引受保険会社を含む）等の運営組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）の業務委託先若しくは提携機関に対して個人情報を提供すること
- ③ 補償金に係る財産的基礎を確保するために必要な保険契約の締結、維持・管理等を目的として、引受保険会社及びその業務委託先に対して個人情報を提供すること
- ④ 今後の補償対象の認定申請に係る診断の質の向上を目的として、補償認定請求用診断書を作成した診断医に対して個人情報を提供すること

同意有無の回答は、下記のいずれかにチェック「レ」印を記入してください。

- 全て同意します。
- ①、②、③に関して同意します。ただし、④のみ同意しません。
- ①、②、③に関して同意しません。

※ ①、②、③の同意を拒否された場合は、補償認定の手続きに入ることができません。

※ ④については、診断医に個人情報を提供することにより、今後の補償認定請求用診断書の作成にあたり診断の質の向上につながるものです。同意されない場合でも、補償認定等を行う上で不利益が生じることはありません。

(ご注意) 親権者が複数（父と母）の場合、代理人欄には患者の父と母の双方のご署名をお願いします。

20 年 月 日

同意者 (患者)	住所	
	氏名	
	生年月日	20 年 月 日
代理人 (保護者)	住所	
	氏名	(父) _____ (自署) (母) _____ (自署)
<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年 後見人		<p>* 親権者が1名の場合は、以下の□にレ点を記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 親権者は、代理人（保護者）欄に記入した1名のみです。</p>

注) 同意者（患者）が未成年のため、同意者氏名欄は保護者が代筆し、保護者が親権者又は未成年後見人の欄に「レ」印を記し、ご署名をお願いします。