「骨粗鬆症リエゾンネット」の利用における

個人情報の取得及び利用に関する同意書

エンブレース株式会社　行

私は、本アプリについて、下記の医療機関における説明担当者（説明者）より説明を受け、「骨粗鬆症治療支援アプリ「骨粗鬆症リエゾンネット」の利用における個人情報の取得及び利用等に関する説明書」（以下「個人情報説明書」といいます。）についてその趣旨・内容を理解しました。そのうえで、私が「骨粗鬆症リエゾンネット」を利用するにあたり、エンブレース株式会社（以下「エンブレース」といいます。）が、個人情報説明書に従って私の個人情報を取り扱う（個人情報の取得ないし第三者に対する提供を含みますが、これらに限られません。）ことに同意します。

　以上の同意を証するため、以下の欄に記入し、署名をします。なお、この同意書（以下「本同意書」といいます。）の写しを受け取りました。

＜患者さん記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 同意年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな |  |
| 患者氏名（自署） |  男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 代諾者記入の場合 | 代諾者氏名（自署） |  | 続柄 |  |

　(※)代諾者の方が記入される場合は、「患者氏名（自署）」欄は、代諾者の方の代筆で結構です。

＜医療機関記入欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当医師氏名 |  | 職名： |
| 説明者氏名 |  | 職名： |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |

医療機関受理日： 令和　　　年　　　月　　　日

担当者：

※医療機関は、本同意書のコピーを１部お取りください。

（原本）原本の電磁的複製物がエンブレースに提供された後、原本は医療機関にて速やかに破棄されます。

（コピー）患者さん又は代諾者の方が記入された場合は、代諾者の方に控えとして1部をお渡しください。

また、医療機関は、患者さんから記入済みの本同意書を受領した際には、エンブレースが指定する方法により、これをエンブレースに通知するとともに、原本の電磁的複製物を、エンブレースが指定する方法により、エンブレースが指定する期間内に、エンブレースに提供してください。

|  |
| --- |
| **この同意書によって取得する個人情報の利用目的について**1. エンブレースでは、個人情報に関する法令、その他規範及びエンブレースにおいて定めるプライバシーポリシー（https://about.medical-care.net/html/privacypolicy/）を遵守し、個人情報を適切に管理します。
2. 本同意書には、上記にご記入頂いた患者さん及び医療機関における説明担当者（説明者）の名前等の個人情報が含まれますが、エンブレースは、本同意書においてご提供いただく患者さん及び医療機関における説明担当者（説明者）の個人情報を、エンブレースによる患者さんの同意意思確認及び患者さんからのお問い合わせ対応等の事務作業の目的で使用します。
3. エンブレースでは、法令に定める場合を除き、予め情報主体の同意を得ることなく、本同意書でご提供いただく個人情報を第三者に提供することはありません。
 |