

個人情報保護方針

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会は、かかりつけ医カードと地域医療ネットワークシステム「とねっと」によって、この地域にお住まいの住民・患者の皆様は、より安心な医療をお届けすることを目指しています。この「とねっと」の運用には、参加される住民・患者の皆様から個人情報をご提供いただくことが必要です。住民・患者の皆様と確かな信頼関係を築き上げ、安心して「とねっと」に参加していただくために、当協議会は、次のとおり個人情報保護方針を定め、公表いたします。

- 1 「とねっと」の運用に必要な範囲において、住民・患者の皆様のご本人の同意を得た場合および法令により例外として扱われる場合を除き、その利用目的の範囲内でのみ個人情報を取扱います。
- 2 住民・患者の皆様からご提供いただいた個人情報は、紛失や漏えいがないよう適切に管理します。
- 3 個人情報の保護に関する法律、その他関係法令を遵守します。
- 4 個人情報保護の取組状況を定期的に見直し、継続的に改善します。

■個人情報の利用目的について

住民・患者の皆様からご提供いただいた情報は、次の目的で利用させていただきます。

- 1 「とねっと」参加医療機関等における医療連携
- 2 救急時における救急活動

■個人情報の委託について

- 1 協議会は、「とねっと」を運用するにあたり、システムの保守・管理および住民・患者様の個人情報の登録業務の一部を外部に委託しています。
- 2 個人情報に関する業務を委託する場合は、委託先における個人情報の保護を契約内容に盛り込んでいます。
- 3 個人情報に関する業務を委託する場合は、協議会において、委託先において個人情報の保護が適切に行われていることを監督します。

■安全管理措置について

- 1 「とねっと」のシステムは、適切な情報通信技術によりアクセス制御やシステムの監視など、個人情報保護の対策を施しています。
- 2 個人情報保護責任者を設置し、個人情報の適切な維持管理に努めています。
- 3 当協議会事務局の職員に対して個人情報の取扱いに関する教育を行っています。

■自己情報の開示等の請求方法について

「とねっと」に参加された住民・患者の皆様は、ご自身の個人情報の開示、訂正及び利用停止などを求めることができます。皆様からこれらの請求があった場合は、当協議会の定めに従って誠実に対応させていただきます。その際、請求される方がご本人であることを確認するための書類の提示や提出をお願いする場合があります。また、ご自身の個人情報の開示を請求される時に、あわせて写しの交付をお求めの場合は、実費相当額をいただきます。

1 開示等が可能な個人情報の範囲

「とねっと」参加（利用）同意書や利用者登録変更届など、当協議会事務局へ提出いただいた書類に記録されたご自身の個人情報

（注）各医療機関等から「とねっと」へ提供される診断や処方、検査結果などの医療情報に係る個人情報に関して、当協議会は、これらを開示等する権限を有しません。これらの開示等については、検査や処方、診断などを行った各医療機関へご相談ください。

2 具体的な手続

（1）請求に必要な書類

- 自己情報の開示を求める場合 …………… 保有個人情報開示請求書（様式1）
- 自己情報の訂正や利用停止を求める場合 …… 保有個人情報訂正等請求書（様式5）
- ※ 請求書のほか、本人確認のための書類の提示又は提出が必要です。詳細は、当協議会事務局へお問い合わせください。

（2）書類の提出先

加須市南町5-15（埼玉県加須保健所内）
埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局
【受付時間】 平日、午前9時から午後5時まで
※ 郵送や電話による請求はできません。

3 写しの交付に要する費用

写しの種別	写しの作成費用
写しの交付（白黒）	複写機により複写したものの交付 1枚につき10円（A3判まで）
	当該写しの作成に要する費用に相当する額 （A3判を超えるとき。）
写しの交付（カラー）	複写機により複写したものの交付 1枚につき30円（A3判まで）
	当外写しの作成に要する費用に相当する額 （A3判を超えるとき。）

備考

- 1 区分欄の写しの大きさは、日本工業規格による。
- 2 1枚の両面に複写した場合の写しの交付に関する費用は、2枚として計算する。

■苦情等の受付窓口

当協議会の個人情報の取扱いについて、疑問やご不満がございましたら、次の担当窓口へお問い合わせください。

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局
TEL 0480-63-0003（平日、午前9時から午後5時まで）

平成24年10月19日
埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会
会長 大橋 良一

様式 1

保有個人情報開示請求書

年 月 日

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 様

郵便番号	
住所	
氏名	
電話番号	()

次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る保有個人情報の名称又は内容		
開示の方法	1 閲覧 2 写しの交付	
法定代理人又は成年後見人等による請求の場合	本人の住所	
	本人の氏名	
	本人との関係	1 未成年者の法定代理人 2 成年被後見人の法定代理人又は成年後見人 3 本人の委任に基づく代理人
備考		

- (注) 1 各欄に必要事項を記入し、該当する番号に○印を付けてください。
2 「開示請求に係る保有個人情報の名称又は内容」欄は、保有個人情報を特定するため、できるだけ具体的に記入してください。
3 請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類(運転免許証等)を提出し、又は提示してください。
4 法定代理人又は成年後見人による請求の場合は、上記書類のほか、本人の法定代理人又は成年後見人であることを証明する書類(戸籍謄抄本等)を提出し、又は提示してください。
5 本人の委任に基づく代理人による請求の場合は、上記 3 の書類のほか、開示請求につき本人から委任を受けたことを証する委任状を提出してください。

〔処理欄〕 この欄には記入しないでください。

本人、法定代理人又は成年後見人等であることを確認した書類	請求者の確認	1 運転免許証 2 旅券 3 その他()
	代理人の確認	1 戸籍謄抄本 2 その他()

様式2

保有個人情報開示決定通知書

第 号
年 月 日

様

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 印

年 月 日付けで請求のありました保有個人情報の開示については、次のとおり開示することと決定しましたので通知します。

開示請求に係る 保有個人情報の 名称又は内容	(受付番号)
開示の方法	1 閲覧 2 写しの交付(写しの作成に要する費用負担 円)
開示の日時	年 月 日() 午前 時 分 午後
開示の場所	
備考	

- (注) 1 保有個人情報の開示を受ける際には、この通知書を提示してください。
2 保有個人情報の開示を受ける際には、次の書類を提出し、又は提示してください。
(1) 本人の場合 運転免許証、旅券等のいずれかの書類
(2) 法定代理人又は成年後見人の場合
ア 法定代理人又は成年後見人の氏名、住所が記載されている(1)に定めるいずれかの書類
イ 法定代理人又は成年後見人の資格を証明する戸籍謄抄本等の書類
(3) 本人からの委任に基づく代理人の場合 委任状
3 指定の日時に来庁できないときは、あらかじめ協議会事務局へ連絡してください。

【連絡先】協議会事務局

電話 0480-63-0003

様式3

保有個人情報一部開示決定通知書

第 号
年 月 日

様

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 印

年 月 日付けで請求のありました保有個人情報の開示については、次のとおりその一部を開示することと決定しましたので通知します。

開示請求に係る 保有個人情報の 名称又は内容	(受付番号)
開示の方法	1 閲覧 2 写しの交付(写しの作成に要する費用負担 円)
開示の日時	年 月 日() 午前 時 分 午後
開示の場所	
開示しない 部分及び理由	(開示しない部分) (理由)個人情報の保護に関する法律第25条第1項第号に該当
備考	

(注)

- 保有個人情報の開示を受ける際には、この通知書を提示してください。
- 保有個人情報の開示を受ける際には、次の書類を提出し、又は提示してください。
 - 本人の場合 運転免許証、旅券等のいずれかの書類
 - 法定代理人又は成年後見人の場合
 - 法定代理人又は成年後見人の氏名、住所が記載されている(1)に定めるいずれかの書類
 - 法定代理人又は成年後見人の資格を証明する戸籍謄抄本等の書類
 - 本人からの委任に基づく代理人の場合 委任状
- 指定の日時に来庁できないときは、あらかじめ協議会事務局へ連絡してください。

【連絡先】協議会事務局


電話 0480-63-0003

様式 4

保有個人情報不開示決定通知書

第 号
年 月 日

様

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 

年 月 日付けで請求のありました保有個人情報の開示については、次のとおり開示しないことと決定しましたので通知します。

開示請求に係る 保有個人情報の 名称又は内容	(受付番号)
開示しない理由	個人情報の保護に関する法律第 25 条第 1 項第 号 に該当 (理由)
備 考	

【担当】協議会事務局

電話 0480-63-0003

様式5

保有個人情報訂正等請求書

年 月 日

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 様

郵便番号	
住所	
氏名	
電話番号	()

次のとおり保有個人情報の（訂正・追加・削除・利用の停止・消去・第三者への提供の停止）を請求します。

請求に係る保有個人情報の名称又は内容		
当該保有個人情報の訂正等を求める内容及び理由		
法定代理人又は成年後見人等による請求の場合	本人の住所	
	本人の氏名	
	本人との関係	1 未成年者の法定代理人 2 成年被後見人の法定代理人又は成年後見人 3 本人の委任に基づく代理人
備考		

- (注) 1 「請求に係る保有個人情報の名称又は内容」欄は、保有個人情報を特定するため、できるだけ具体的に記入してください。
- 2 「当該保有個人情報の訂正等を求める内容及び理由」欄は、できるだけ具体的に記入してください。
- 3 請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類(運転免許証等)を提出し、又は提示してください。
- 4 法定代理人又は成年後見人による請求の場合は、上記書類のほか、本人の法定代理人又は成年後見人であることを証明する書類(戸籍謄抄本等)を提出し、又は提示してください。
- 5 本人の委任に基づく代理人による請求の場合は、上記3の書類のほか、訂正等の請求につき本人から委任を受けたことを証する委任状を提出してください。
- 6 訂正の請求をする場合、その内容が事実と合致することを証する資料を添付してください。

〔処理欄〕 この欄には記入しないでください。


本人、法定代理人又は成年後見人等であることを確認した書類	請求者の確認	1 運転免許証 2 旅券 3 その他()
	代理人の確認	1 戸籍謄抄本 2 その他()

様式6

保有個人情報訂正等通知書

第 号
年 月 日

様

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 

年 月 日付で請求のありました保有個人情報の（訂正・追加・削除・利用の停止・消去・第三者への提供の停止）については、次のとおり（訂正・追加・削除・停止）をしましたので通知します。

請求に係る保有個人情報の名称又は内容	(受付番号)
訂正、追加、削除又は停止をした内容	
訂正、追加、削除又は停止をしない部分及び理由	
訂正、追加、削除又は停止をした年月日	年 月 日()
備考	

【担当】協議会事務局


電話 0480-63-0003

様式7

保有個人情報不訂正等決定通知書

第 号
年 月 日

様

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 

年 月 日付けで請求のありました保有個人情報の（訂正・追加・削除・利用の停止・消去・第三者への提供の停止）については、（訂正・追加・削除・停止）をしないことと決定しましたので通知します。

請求に係る保有個人情報の名称又は内容	(受付番号)
訂正、追加、削除又は停止をしない理由	
備 考	

【担当】協議会事務局

電話 0480-63-0003

様式8

個人情報苦情申出書

年 月 日

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 様

郵便番号 住所	
氏名	
電話番号	()

個人情報の取扱いについて、次のとおり苦情を申し出ます。


苦情に係る個人情報取扱業務の内容	
苦情の内容	(具体的に記入してください。)
備考	

様式9

個人情報苦情処理結果通知書

第 号
年 月 日

様

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会会長 

年 月 日付で申出のあった個人情報の苦情については、次のとおり
処理しましたので通知します。

苦情の内容	
処理結果	
備考	

【担当】

協議会事務局

電話 0480-63-0003