

福岡県医発第1533号(地)

平成17年11月25日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹嶋 康弘



自賠責保険診療に係る同意書の様式について

平成17年4月の個人情報保護法の施行に伴い、患者の個人情報となる診療情報の提供については、日本医師会作成の『医療機関における個人情報の保護』において、包括的同意を得るための『医療機関における個人情報の利用目的に関する院内掲示の例』が示されております。しかしながら、交通事故に係る治療費を請求する場合については、自由診療によるものであるため、医療機関における『個人情報の利用目的』として、院内掲示等で公表することにより包括的な同意を得る方法は適さないとの判断から、例示された利用目的の中に含まれておりませんので、個別に患者から同意を得る必要があります。

自賠責保険診療に係る同意書の様式につきましては、平成17年8月12日付福岡県医発第927号(地)にてお知らせいたしました「日本医師会労災・自賠責委員会中間報告：『個人情報の保護に関する法律』の施行に係る労災保険・自賠責保険等Q&Aの送付について」におきまして、日本医師会より案が示されており、今般、その様式(案)を基に福岡県医師会労災・自賠責医療委員会において検討の上、福岡県における同意書(案)を別紙のとおり作成いたしましたので、ご活用下さいますよう会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本同意書(案)につきましては、福岡県医報12月号に掲載する予定です。

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎

同意書

平成 年 月 日

医療機関名 _____ 院長 殿

私は、貴院が保有する私の交通事故医療に係る医療情報（下記書類等）について、必要に応じて損害保険会社 _____ に提供することに同意いたします。

【事故発生日： 年 月 日・初診日： 年 月 日】

記

上記損害保険会社へ医療機関が直接医療費を請求する場合、原則各月ごとに提出が必要となる下記書類

- ① 請求する金額及びその算出基礎となる診療報酬明細書（請求書）
- ② 上記①の書面に添付する
 - a. 診断書
 - b. ①の算出基礎を証するに足りる書面 等

患者本人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人（※患者が意識不明、未成年者等で記載できない場合）

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

患 者 氏 名 ()

患者との関係 ()