

# 個人情報の取り扱いと特定保健指導プログラムへの参加についての同意書

## 個人情報保護方針

本会は、医療と保健というプライバシーレベルの高い情報を取り扱う事業の重要性を認識し、個人情報に関する法令及びその他の規範を遵守し、個人情報の正確性と安全性の確保に努めてまいります。また、個人情報の保護管理体制を維持するため継続的に改善を図ってまいります。  
お預かりしました相談記録票は、以下1~5のとおり取り扱いますので、個人情報の提供にご同意いただきますようお願いいたします。

### 1. 個人情報保護管理者

公益財団法人 東京都予防医学協会  
小川 登 TEL03-3269-1141

### 2. 個人情報の利用目的

相談記録票、および、保健相談等を実施する過程で取得した皆様の個人情報は、適切な医療および保健サービスを提供するために、以下の目的で利用させていただきます。

- ①健康保険組合や、企業等から委託を受けて行う保健相談等の報告書の作成
- ②平均値、標準偏差の算出などの統計情報をもとに保健事業計画に活用
- ③学会、研究会での発表（統計情報として利用しますので個人が特定されることはありません）

### 3. 個人情報の提供

相談記録票、および、保健相談等を実施する過程で得られた皆様の個人情報は、ご本人の承諾無しに第三者に提供いたしません。

なお、法令に基づく場合。人の生命、身体または財産の保護、公衆衛生の向上または児童の健全な育成や、国や地方公共団体などが法令に定める事務を遂行することに対して協力する場合には、本人の同意を得ることなく情報を提供することがあります。

### 4. 個人情報の提供について同意が得られなかった場合

適切な保健相談を行えなくなる場合があります。

### 5. 個人情報の開示、訂正、削除について

皆様の個人情報は、ご本人からの開示、訂正、削除等のご要望があった場合、内部規定に基づき、速やかに対応いたします。

今回の特定保健指導全プログラムを通して、ご本人様記載の帳票類は上記のように取り扱いをいたします。

個人情報に関する苦情・相談につきましては、下記までご連絡ください。

公益財団法人 東京都予防医学協会 健康増進部 加藤京子  
TEL03-3269-2171

私は、今回の特定保健指導に関する個人情報の取り扱いについて理解し、提供に同意した上で、今回の特定保健指導プログラムに参加します。また、健康保険組合が認めるやむをえない場合を除き、プログラムを継続します。

年 月 日 (署名)

\_\_\_\_\_