［　　］御中

診療情報の第三者提供に関する患者同意書

私は、下記１の説明担当者から、私に関する下記３の診療情報を第三者に対して提供することに関する下記の内容について説明を受け、これを理解しましたので、貴院が保有する私に関する下記３の診療情報を下記４の提供先に対して提供することについて、本書をもって同意します。

記

１　説明担当者

医療機関名：

主　治　医：

説　明　者：

２　提供の目的

患者様の医用電子画像を当院において３Ｄ形状データに変換し、バーチャルリアリティ（VR）機器を用いて３Ｄ空間の中で自在に閲覧可能な状態にし、これを提供先企業を通じて医療機関、教育機関、研究機関、及び医療関連企業による利用に供することで、手術方式の革新及び医療従事者の教育を通じた医学の進歩、及び医療関連サービスの創出・高度化を図ります。

なお、３Ｄ形状データを作成するための患者様の医用電子画像及び疾病情報は、当院から提供先企業に提供するに際して、特定の個人を識別することができる情報を一切取り除いた上で提供しますので、患者様の個人情報が提供先企業を含む第三者に提供されることはありません。

３　提供される診療情報

ＤＩＣＯＭ (Digital Imaging and COmmunication in Medicine) 規格による医用電子画像を変換し作成した３Ｄ形状データ・疾病情報（疾病名又は疾患名及び疾患に対して想定される手術方式を指し、これらの情報には特定の個人を識別することができる情報は含まれません。また、疾病情報は３Ｄ形状データのタイトルとして使用します。）

４　提供先

Holoeyes 株式会社

（本店所在地：〒107-0062 東京都港区南青山 2-17-3 モーリンビル 303）

（代表取締役：杉本真樹）

５　提供にあたっての条件

診療情報の提供は、上述の目的を達成するために必要最小限の範囲にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。提供される診療情報は、提供元及び提供先において、個人情報保護法に基づき厳正かつ適切に管理します。　ご不明な点・ご懸念がございましたら、些細なことでも結構ですので、遠慮なくお尋ね下さい。

同意年月日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

住所：

氏名（自署）：

生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（満＿＿＿歳）

代理人住所：

代理人氏名（自署）：

本人との続柄：