

(様式2)

## 健康相談における個人情報の提供等に関する承諾書

私は、高知県が実施するビキニ環礁水爆実験に関連し健康不安を抱かされている方のための健康相談（以下「健康相談」という。）を受けるに当たり、次の（1）に定める個人情報の収集及び提供について、（2）の条件を付して承諾します。

### （1）健康相談における個人情報の収集及び提供

- ① 私が健康相談において提供した心身の状況、置かれている環境や家族の状況などの個人情報を収集すること。
- ② 健康相談を行う医師等、高知県健康対策課、関係機関（下記（2）②のうち○を付した機関を指す。以下同じ。）が対応するために、申込書、健康相談を行った医師等が作成した相談記録に記載された個人情報について、健康相談を行う医師等、高知県健康対策課、関係機関が共有し利用すること。

### （2）条件

- ① 個人情報の利用及び提供は必要最小限度とし、相談支援に関わる目的以外には利用及び提供を行わない。
- ② 関係機関は、以下の（ ）に○印を付けた機関とする。  
（ ） 住所地を所管する福祉保健所、高知市においては高知市保健所  
（ ） 住所地を所管する市町村の保健福祉担当部署

令和      年      月      日

高知県健康政策部健康対策課長 様

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印