通院支援アプリLifeMark-コンシェルジュ　利用同意文書

　この利用同意文書（以下「本同意文書」という。）は、水戸済生会総合病院（以下「当院」という。）が提供する外来診療に関するサービス（以下「当サービス」という。）の利用登録をされた方（以下「利用者」という。）への当サービスのご提供と利用者のご利用条件について定めるものです。利用者が当サービスを利用する場合、本同意文書に同意したものとみなされます。なお、未成年の方は、本規約について親権者等の法定代理人の事前の同意を得た上で、当サービスをご利用ください。

**サービスの利用条件**

**１．当サービスについて**

（１）当サービスは、インターネットを介して情報を提供します。よって、ご利用にあたってはインターネット

への接続が可能なスマートフォンが必要となります。なお、インターネットへの接続に必要な通信料

は利用者のご負担となります。

（２）サービス利用登録の際には、利用者ご自身がスマートフォンへの登録を行ってください。

（３）利用者ご自身に関する真実かつ正確なデータを入力し、登録情報に変更があった際は速やかに修

正してください。

（４）サービスの追加・削除等のメンテナンス作業により、当サービスをご利用いただけない場合があります

のでご了承ください。

（５）スマートフォンに表示される待ち番号は、院内の患者案内表示盤と連動していますが、到着時の状況

により前後することがありますのでご了承ください。

（６）当院から配信されるメールは、ネットワークの混雑状況や電波等の通信状態により遅延する可能性が

あります。

（７）当院のサービスを向上するためのアンケートにご協力をお願いする場合や、当院からのお知らせを

通知させていただく場合があります。

**２．個人情報の利用・通り扱い**

（１）当サービスの利用者情報は、調査・分析のため、利用者の許可なく利用することがありますが、個人を特定できるものではありません。

**３．個人情報の管理**

（１）利用者は、利用するメールアドレスの変更等があった際、速やかに登録情報を変更する必要がありま

す。

（２）利用者は、自己の個人情報、診察券番号、メールアドレス、パスワード、スマートフォン個体識別番号

の不正利用防止に努めるとともに、その管理について一切の責任をもつものとします。

（３）登録されている自己の個人情報、診察券番号、メールアドレス、パスワード、スマートフォン個体識別

番号が第三者に利用されたことによって生じた損害等については、当院に重過失がある場合を除

き、いかなる責任も負いません。

**４．禁止事項**

以下の行為を行うことを禁止します。

1. 他の利用者の個人情報を収集・蓄積すること、またはこれらの行為をしようとすること。

（２）法令に違反するものまたは違反するおそれのある行為。

**５．利用登録の解除**

利用者がメールアドレスまたはパスワードの不正使用、登録情報に虚偽の申請が含まれていた場合、および本同意文書に違反した場合は、利用者に事前に通知することなく利用登録の解除をおこなうことがあります。

**通院支援アプリLifeMark-コンシェルジュ　利用申込書**



※ 登録に際し、申込者の①診察券と②本人確認ができるもの（マイナンバーカードや運転免許証な

ど）、③スマートフォン④任意のIDとパスワード（パスワードは、8桁以上かつ半角英数字・希望か

ら2種類以上使用）と利用申込書（この用紙）をお持ち下さい。

※ お子様（18歳未満）と同伴の保護者の方、同居家族と同伴のご家族の方の登録を希望され

る方は、登録されるご家族とご一緒に窓口に起こし下さい。

※ 利用者登録用のQRコードを登録窓口にて発行し、その場でスマートフォンに登録いただきます。

　事前にスマートフォンにアプリをダウンロードしていただいた上で、院内の登録専用窓口にお越しくだ

さい。

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

**私は、裏面の利用同意文書の内容について同意し、利用申込みを致します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者情報 | 診察券番号 |  |  |  |  |  |  |  | ※「000」を除く７桁の診察券番号を記入して下さい。 |
| お名前 |  |

**お子様(18歳未満)や同居ご家族の方の登録を希望される場合は、以下をご記入下さい**

**（家族登録は、ご本人が当院診察券番号をお持ちでない場合は登録できません）**

|  |  |
| --- | --- |
| 家族登録情報 | □　お子様（18歳未満）□　同居家族　（登録される方との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　別居家族　（登録される方との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 診察券番号 |  |  |  |  |  |  |  | ※「000」を除く７桁の診察券番号を記入して下さい。 |
| お名前 |  |
| 職員記入欄 | * 申込者の診察券等を確認しました　　□ ご家族同伴を確認しました
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 家族登録情報 | □ お子様（18歳未満）　□　同居家族　（登録される方との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　別居家族　（登録される方との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 診察券番号 |  |  |  |  |  |  |  | ※「000」を除く７桁の診察券番号を記入して下さい。 |
| お名前 |  |
| 職員記入欄 | * 申込者の診察券等を確認しました　　□ ご家族同伴を確認しました
 |