

荒木脳神経外科病院 地域医療情報連携ネットワークシステム 説明と参加同意書

荒木脳神経外科病院 地域医療情報連携ネットワークシステム管理者 殿

私は、荒木脳神経外科病院 地域医療情報連携ネットワークシステム(以下、「本システム」という)に関する説明を受け、その目的及び利用方法を理解しましたので、下記連携先施設において、私の診療情報が私の受ける共同診療や介護活動に利用されることに同意いたします。

(説明内容)

1. システムの目的と参加することのメリット

本システムは患者様のプライバシー保護を守りながら診療情報を、連携する施設間を結ぶネットワークで診療情報を共有し、質の高い安全な医療と介護の提供を行うことを目的としています。本システムに参加すると、治療の経過やその効果などについて、わかりやすく説明を受けることができます。また、重複した検査や薬剤の投与を防ぐことができ、より質の高い安全な診療を受けることができます。

2. 個人情報の確保および診療情報の共有範囲

本システムでは、患者様の診療情報を守るため次のような対策を講じています。

- 1) 本システムは、厚生労働省が定める医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいた対応をしており、外部からの不正なアクセスに対して厳格に情報を保護しています。
- 2) 連携する施設において、患者様の同意を得たうえでネットワークによる共有を行います。
- 3) 患者様の同意を得て共有する診療情報の範囲は、本システムに保存されているもの全てが対象となります。

3. その他

本システムへの参加は、患者様一人ひとりの自由な意思によります。本システムについて説明を受け、目的、意義、安全性確保に納得された方のみご参加願います。もし、参加をされなかったり、途中で取りやめたりした場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。また、本システムへの参加を取りやめたい場合には、いつでも中止することができます。その場合には撤回届をご提出願います。

連携先施設名	
説明者	
ふりがな 患者名	(男 ・ 女) / 生年月日 年 月 日

(同意者記入欄)

令和 年 月 日

患者さまご署名 : _____

(代理記載の場合)

ご家族さまご署名 : _____ 続柄 : _____

注意事項 : 患者控えとしてこのページをコピーし、お渡し下さい。

説明される方へ

- (1)この同意説明書は連携先施設ごとに記載して頂く必要がありますので、患者様には連携先施設の数に応じて、複数枚記載していただきます。
- (2)患者様には、この1ページ目をコピーし、患者さま控えとしてお渡し下さい。
- (3)連携先施設の方がこの同意書について説明された場合は、この書面を郵送・FAX・mailのいずれかの方法で以下の送付先までご送付下さい。

〒733-0821
広島市西区庚午北2丁目8-7
荒木脳神経外科病院 地域連携室内
地域医療情報連携ネットワークシステム運営事務局
TEL:082-272-1114 FAX:082-272-1414 e-mail:msw@arakihp.jp

- (4)この申請書は荒木脳神経外科病院にて保管致します。

(連携先施設様取扱欄)

連携先施設様 患者ID: No. _____

(事務局取扱欄)

受理日 令和 年 月 日

当院患者ID: No. _____

住所: _____

電話番号: _____

ID-Link への患者 ID 登録

ID-Link における患者 ID に対する連携先施設のアクセス権設定