あじさいネットを利用した 多職種連携 参加同意説明書

当施設は、特定非営利活動法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会が運営している医療連携ネットワーク（あじさいネット）に参加しています。これは地域内で診療情報の共有を行い、正確な情報に基づいた安全で質の高い医療を提供する取り組みで政府が推進しているものです。

「あじさいネットを利用した多職種連携」は患者さまを中心とした診療グループを形成し、あじさいネットの中で診療情報を共有することで、在宅医療や高度な病診連携において安全で高品質な医療を提供するものです。

以下の主旨をよく御理解いただいた上で、参加することにご協力いただきたいと思います。

1．システムの目的

このシステムは、患者さまのプライバシー保護を厳重に図りながら診療情報の一部を参加施設間を結ぶネットワークで共有し、診療・検査などから得られた多くのデータを元に治療法を検討し、わかりやすく説明を行い、質の高い安全な診療の提供を可能にすることを目的としています。

2．システムに参加することのメリット

このシステムに参加すると、診療グループが所属する医療機関の受診時の状況や治療歴、在宅医療でのケア内容などの診療情報を、診療グループ内で共有することができ、治療に役立てることができるとともに、治療の経過やその効果などについて、診療グループの担当者からわかりやすく説明を受けることができます。また、薬の重複投与の防止、種々の検査データが診療グループ内で共有され、安全で質の高い診療をお受けになることができます。

3．個人情報の安全確保

このシステムでは、患者さまの診療情報を守るために次のような対策を講じています。

⑴ このシステムで診療情報を見ることができるのは、あなたが同意書を渡した施設の担当者が記した診療グループの医療従事者のうち、長崎地域医療連携ネットワーク統括責任者が許可したものに限られます。

⑵ このシステムは、外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。

⑶ あじさいネット参加医療機関より登録された情報は、あじさいネットのデータセンター（広島県）にて、安全に保管されます。

⑷ 拠点病院のあじさいネット業務担当者が診療情報の利用許可の設定を行いますが、それ以外の利用と他者への提供を禁じています。（目的外利用と第三者提供の禁止）

⑸ あじさいネット事務局が診療情報の設定内容の確認を行いますが、それ以外の利用と他者への提供を禁じています。（目的外利用と第三者提供の禁止）

⑹ 参加施設のあじさいネット業務担当者が、表示内容の確認や操作方法の指導を行う事がありますが、それ以外の利用と他者への提供を禁じています。（目的外利用と第三者提供の禁止）

4．参加をやめたいときは

このシステムの参加を取りやめたくなった場合には、いつでも中止することができます。その場合には、同意書を提出した際に受けとった『同意撤回届』をあじさいネット事務局あてに送付してください。

5．最後に

このシステムへの参加は、患者さま一人一人の自由な意思によります。このシステムについて担当医療従事者から説明を受け、目的、意義、安全性確保等に納得された方のみご参加いただいています。
もし、参加されなかった場合や途中で参加を取りやめた場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

書類送付先 または お問合せ先

あじさいネット事務局（長崎県医師会内）

〒852-8532　長崎県長崎市茂里町３番27号

TEL：095-844-1111　FAX：095-844-1110

あじさいネットを利用した 多職種連携 説明同意書

特定非営利活動法人　長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会　殿

私は、下記の担当医療従事者からあじさいネットを利用した多職種連携に関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、多職種連携でのグループ診療において長崎地域医療連携ネットワークシステムに参加し、私の診療情報が私の受ける共同診療に活用されることに同意します。また、今後、下記の担当医療従事者に変更が生じた場合においても、新しい担当医療従事者が私の診療情報を私の受ける共同診療に活用することに同意します。

患者さま署名・記入欄

		記入日	20　年　月　日
フリガナ		性別	男　・　女
患者さま氏名	（自署）	旧姓	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日生	電話番号	
住所	〒		
代理人記入の場合　代理人氏名（※３親等以内の方に限ります）	（自署）　続柄（　　）	☐ 3親等以内 または 成年後見人である。チェックマークを入れてください。	

グループ診療参加施設記入欄

※ 撤回届の主治医記入欄にも、併せてご記入下さい。

患者さまへ説明をした者の氏名	（自署）	説明をした者のあじさい会員ID		職種（該当に○または記入）	医師・薬剤師・看護師 他（　　）
医療機関名		電話番号		FAX 番号	
主治医の病院での患者ID（主治医がいる場合のみ記入）		利用するシステム（どちらかに必ずチェック）	☐ ID-Link	☐ HumanBridge	

氏　名 ※主治医の場合は☑を入れる	あじさい会員ID	施設名	各施設の患者ID番号【必須】	職種（該当に○または記入）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）
☐				医師・薬剤師・看護師 他（　　）

- コピーを２部行い、１部は説明をした者が所属する施設に保管し、１部を患者さま本人用控えとしてお渡しください。原本はあじさいネット事務局へ郵送してください。
- メンバー変更が生じた場合は追加・削除登録が必要ですので必ずメンバー追加・削除申請書をご提出ください。

送付先　あじさいネット事務局（長崎県医師会内）　FAX：095-844-1110　〒852-8532 長崎市茂里町３番27号

この書類は、チーム診療を取りやめたくなった時に患者様が提出するためのものです。
いつでも提出できるよう、同意説明書とともに患者様のお手元にて大切に保管しておいてください。

あじさいネットを利用した 多職種連携 同意撤回届

医療機関のかたへ 同意書取得時に必要事項に記入し、必ず患者様へお渡しください。

特定非営利活動法人 長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会　殿

私は、下記の担当医療従事者から説明を受け、多職種連携でのグループ診療において長崎地域連携ネットワークシステムに参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

グループ診療参加施設記入欄

患者さまへ説明をした者の氏名	（自署）	あじさい会員ID	
医療機関名			
利用システム（どちらかに必ずチェック）	☐ ID-Link　☐ HumanBridge		

患者さま署名・記入欄　※ 同意撤回時に記入して下さい。

		記入日	20　年　月　日
フリガナ			
患者さま氏名	（自署）		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日生		
住所	〒		
電話番号			
代理人記入の場合 代理人氏名（※３親等以内の方に限ります）	（自署）　続柄（　　）		

▼　本書類は、チーム診療をとりやめたくなった時に原本を下記までご提出ください。▼

同意撤回届送付先 または お問合せ先

あじさいネット事務局（長崎県医師会内）

〒852-8532　長崎県長崎市茂里町３番27号

TEL：095-844-1111　FAX：095-844-1110