



# あじさいネット 参加同意説明書

当施設は、医療の質と安全性の確保のために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。

これは政府が推進している医療情報の共有化を行い、正確な情報に基づいた高度で安全な医療を行う為に、情報提供元の病院(情報提供病院)と当施設を接続して診療情報を共有するものです。

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び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、情報提供病院の受診時の状況や治療歴の情報が活用でき、治療の経過やその効果などについて、当施設でわかりやすく説明を受けることができます。また、薬の重複投薬の防止や種々の検査データが施設間で共有され、それらの重複を防ぎ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。

- (1) 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医療従事者のうち、長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会が許可したものに限られます。
- (2) 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。
- (3) 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が、データセンター関係者があなたの診療情報を見ることができるわけではありません。
- (4) 情報提供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。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)
- (5) 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。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)
- (6) 本同意書は、あじさいネットが夜間・土日・祝日にも利用できるようにするために、(株)NTTデータ中国にて、あなたの診療情報の利用許可を設定しますので、あなたの個人特定のための情報が取り扱われることとなりますが、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』を情報提供病院あてに送付してください。(撤回届の提出先は最終ページに掲載されています。)

## 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説明者から説明を受け、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。

注：なお、この説明同意書は各「情報提供病院」ごとに記入して頂く必要があるもので、「情報提供病院」の数に応じて、複数回、記入して頂く場合があります。

お問合せ先

あじさいネット事務局(長崎県医師会内) 〒852-8532 長崎市茂里町3番27号  
TEL: 095-844-1111 FAX: 095-844-1110



# あじさいネット 説明同意書

閲覧施設

**FAX送付場所**

- 平日 (各病院の受付時間内)
- 夜間 (16:30~9:30) ・ 休日 (24時間)

➡ 情報提供病院

➡ 時間外受付 : 082-505-4530

時間外登録委託業者 : (株)NTTデータ中国 TEL : 0120-24-9980 ※夜間・休日にFAX送信から1時間以上、作業報告書FAXが届かない場合は左記の電話番号にご連絡をお願いします。

④【対象情報提供病院】 ※ 情報提供を希望する病院に  をお願いします。(※印は時間外運用を行っていない施設です。)

- |  |                                     |                                   |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 国立病院機構 長崎医療センター     | <input type="checkbox"/> 市立大村市民病院   | <input type="checkbox"/> 愛野記念病院 ※ |
| <input type="checkbox"/> 国立病院機構 長崎川棚医療センター ※ | <input type="checkbox"/> 日赤長崎原爆諫早病院 | <input type="checkbox"/> 南野病院     |
| <input type="checkbox"/> 国立病院機構 嬉野医療センター ※   | <input type="checkbox"/> 宮崎病院       | <input type="checkbox"/> 長崎県島原病院  |
| <input type="checkbox"/> JCHO 諫早総合病院 ※       | <input type="checkbox"/> 貞松病院       |                                   |

院長 殿

私は下記の説明者から、あじさいネット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、下記医療機関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。

<b>患者さま署名・記入欄</b>		記入日(西暦)【必須】	⑬ 20     年     月     日	
フリガナ【必須】	⑭ _____	性別【必須】	⑯ 男     ・     女	
患者さま氏名【必須】	(自署) ⑮ _____	旧姓	_____	
生年月日【必須】	⑰ 大正・昭和・平成・令和     年     月     日生	電話番号【夜間休日は必須】	⑱ _____	
住所【夜間休日は必須】	〒 ⑲ _____			
代理人記入の場合 代理人氏名 (※2親等以内の方に限ります)	(自署) _____	続柄 ( )	<input type="checkbox"/> 2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。	

**医療機関記入欄** ※ この同意書に記入する際に撤回届にもご記入下さい。 ●説明をした職員と同じ所属医療機関の方のみ、下記にご記入ください。(所属医療機関が違えば別途、同意の取得が必要です)

フリガナ	(自署) _____	あじさい会員ID【必須】	_____
説明をした職員氏名【必須】	⑤ _____	職種(該当に○)【必須】	医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ MSW
医療機関名【必須】	⑧ _____	診療科【必須】(または所属部署)	_____
外勤先の場合	<input type="checkbox"/> 外勤先からである。チェックマークを入れてください。	外勤先の医療機関名【外勤先の場合は必須】	_____ ※下段の電話番号とFAX番号にはこの医療機関の連絡がとれる番号を記入してください
電話番号【必須】	⑨ _____	FAX番号【必須】	⑩ _____
緊急連絡先【夜間休日は必須】	_____	主治医氏名【看護師の場合は必須】	⑲ _____ ※主治医があじさい会員でない場合もご記入下さい
当施設での患者ID番号【必須】	⑪ _____	情報提供病院での患者ID番号	⑳ _____ ※できる限りご記入ください

⑫ 同様に利用する職員 ※職種については右記の番号をご記入ください (①医師、②薬剤師、③看護師、④MSW)

氏 名	あじさい会員ID	診療科(または所属部署)	職種	氏 名	あじさい会員ID	診療科(または所属部署)	職種

- 情報提供病院へ依頼の場合は、必要事項を記入し情報提供病院の担当部署(地域連携室等)へFAXして下さい。
- 時間外受付への依頼の場合は、必要事項を記入し上記のFAX番号へ送信して下さい。
- コピーを2部行い、1部は貴院に保管し、残りの1部を患者さま本人用控えとしてお渡しください。

**原本郵送先** 情報提供病院の担当部署(地域連携室等) ※連絡先は最終ページに記載されています

※ (株)NTTデータ中国 作業記入欄



## あじさいネット 同意撤回届

【対象情報提供病院】 ※ 情報提供を希望した病院に  をお願いします。

- |  |                                     |                                  |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 国立病院機構 長崎医療センター   | <input type="checkbox"/> 市立大村市民病院   | <input type="checkbox"/> 愛野記念病院  |
| <input type="checkbox"/> 国立病院機構 長崎川棚医療センター | <input type="checkbox"/> 日赤長崎原爆諫早病院 | <input type="checkbox"/> 南野病院    |
| <input type="checkbox"/> 国立病院機構 嬉野医療センター   | <input type="checkbox"/> 宮崎病院       | <input type="checkbox"/> 長崎県島原病院 |
| <input type="checkbox"/> JCHO 諫早総合病院       | <input type="checkbox"/> 貞松病院       |                                  |

院長 殿

私は、下記の説明者から説明を受け、下記医療機関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申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

## 医療機関記入欄

※ 同意書取得時にご記入ください。

説明をした職員氏名	(自署)	あじさい会員ID	
医療機関名		診療科 (または所属部署)	

## 患者さま署名・記入欄

※ 同意撤回時にご記入ください。

記入日 (西暦)

20 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
患者さま氏名	(自署)	大正・昭和 平成・令和 年 月 日生
代理人記入の場合 代理人氏名 (※2親等以内の方に限ります)	(自署)	続柄 ( )

▼ 同意書作成時に受け取った同意書控え (コピー) をご覧になり、同様に記入下さい。

撤回を希望する職員	氏 名	あじさい会員ID	氏 名	あじさい会員ID



# あじさいネット 同意撤回届の提出先一覧

同意撤回届は「情報を提供した医療機関名」に宛名として記載された病院の  
下記担当窓口へ提出（郵送または持参）してください。  
（撤回に関するお問合せや撤回届を持参する場合は、下記の受付時間内をお願いいたします）

	病院名 / 連携業務担当部署名	電話番号 / FAX番号	病院窓口での撤回届の受付時間	
			平日	土曜日
県央・島原・佐賀地域	愛野記念病院 地域医療連携室 〒854-0301雲仙市愛野町甲3838-1	電話. 0957-36-3950 FAX. 0957-36-7072	8:30~17:00	—
	貞松病院 地域医療連携室 〒856-0831大村市東本町537	電話. 0957-54-1161 FAX. 0957-54-1165	9:00~17:00	—
	市立大村市民病院 地域医療連携室 〒856-8561大村市古賀島133-22	電話. 0957-52-1800 FAX. 0120-378-375	8:30~17:15	—
	長崎県島原病院 地域医療支援センター 〒855-0861島原市下川尻町7895番地	電話. 0957-63-1145 FAX. 0957-63-6544	9:00~17:00	—
	国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室 〒856-8562大村市久原2丁目1001-1	電話. 0120-731-062 FAX. 0120-731-063	8:30~17:00	—
	日赤長崎原爆諫早病院 医療連携室 〒859-0497諫早市多良見町化屋986-2	電話. 0957-43-2111 FAX. 0957-43-2870	8:30~16:30	—
	南野病院 地域医療連携室 〒856-0826大村市東三城町33	電話. 0957-47-5200 FAX. 0957-54-8752	9:30~16:30	—
	宮崎病院 地域医療連携室 〒854-0066諫早市久山町1575-1	電話. 0957-25-4800 FAX. 0957-25-7053	8:30~17:00	—
	国立病院機構 長崎川棚医療センター 地域医療支援センター 〒859-3651東彼杵郡川棚町下組郷2005-1	電話. 0956-82-3121 FAX. 0120-82-2970	8:30~17:15	—
	JCHO諫早総合病院 医療連携室 〒854-8501諫早市永昌東町24-1	電話. 0957-22-1380 FAX. 0120-1388-35	8:30~17:00	—
国立病院機構 嬉野医療センター 地域医療連携室 〒843-0393嬉野市嬉野町大字下宿甲4279-3	電話. 0954-43-1213 FAX. 0120-473-489	8:30~17:15	—	