閲覧施設

あじさいネット 参加同意説明書

AJISAI NET

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、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）

(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）

(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になりますが、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）

(7) 当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

この同意書を取得できる職種は【 **医師・薬剤師・看護師・MSW** 】です。

閲覧施設

あじさいネット 同意書

AJISAI NET

FAX送付場所

● **平日**（各病院の受付時間内） ➡ **情報提供病院**
● **夜間**（16:30~9:30）・**休日**（24時間） ➡ **時間外受付：082-505-4530**

時間外登録委託業者：㈱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。）

☐ 佐世保市総合医療センター　☐ 佐世保共済病院　☐ 青洲会病院 ※
☐ 佐世保中央病院　☐ 長崎労災病院

院長　殿

私は下記の医療機関から、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。

患者さま署名・記入欄

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】	⑱ 大正・昭和・平成・令和　年　月　日生	電話番号 【夜間休日は必須】	⑰
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（　）	☐ 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。
●医師等の同意取得責任者と同じ所属医療機関の方のみ、下記にご記入ください。（所属医療機関が違う場合は別途、同意の取得が必要です）

フリガナ		あじさい会員ID【必須】	
医師等の同意取得責任者氏名【必須】	（自署） 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	☐ 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】	※主治医があじさい会員でない場合もご記入下さい ⑳
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	※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

備考欄	

● 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番号へ送信してください。
● 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

※ ㈱ NTTデータ中国 作業記入欄												

様式 B-MO-04　Ver.241223

医療機関のかたへ 同意書取得時に必要事項に記入し、必ず患者さまへお渡しください。 **閲覧施設**

あじさいネット 同意撤回書

【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。

- ☐ **佐世保市総合医療センター**
- ☐ **佐世保中央病院**
- ☐ **佐世保共済病院**
- ☐ **長崎労災病院**
- ☐ **青洲会病院**

院長　殿

私は、下記の医療機関から説明を受け、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。

医師等の同意取得責任者氏名		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、同様にご記入下さい。

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

閲覧施設

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

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、下記の受付時間内にお願いいたします）

	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
県北地域	**佐世保共済病院** 医療連携室 〒857-8575佐世保市島地町10番17号	電話. 0956-22-5136 FAX. 0120-12-2067	8:30～17:30	ー
	佐世保市総合医療センター 地域連携センター 〒857-8511佐世保市平瀬町9-3	電話. 0956-24-1515 FAX. 0956-24-0474	8:30～17:15	ー
	佐世保中央病院 地域医療連携センター 〒857-1195佐世保市大和町15	電話. 0120-33-8293 FAX. 0800-7000-070	8:30～17:30	8:30～12:00
	長崎労災病院 地域医療連携室 〒857-0134佐世保市瀬戸越2 丁目12 - 5	電話. 0956-49-2191 FAX. 0120-666-437	8:15～17:00	ー
	青洲会病院 地域連携室 〒859-4825平戸市田平町山内免612-4	電話. 0950-57-2161 FAX. 0950-57-2151	8:30～17:00	ー