

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

殿



原本郵送先

※ ㈱ NTTデータ中国 作業記入欄

あじさいネット 同意書

象情報提供病院】	※ 情報提	異供を希望	する病院に	こ ノ を	お願いしま	す。(※日	は時間外運	囲を行って	こいない	·施設です。	,)		
】光晴会病院 】日赤長崎原爆 】長崎記念病院 」国立長崎病院		☐ 済:	善会病 生会長 崎北病 工記念:	崎病院 院 ※	Ī	■ □ 聖フ □ 虹が	大学病院 ランシス 丘病院 北徳洲会	くコ病院]長崎みた]井上病]上戸町]長崎百	院 病院	ィカルセンタ [.] i院	— 跨
私は下記の医療 理解しましたの る共同診療に活	で、下	記医療機	幾関にま	いて長	に関する 長崎地域的	5説明並 医療連携	びに説明	文書のプラクシ	交付を ステ <i>L</i>	で受け、 ² ムに参加	その目的し、私の	勺及び利用方 の診療情報が	法など 私の受
患者さま署	名・訂	己入欄					記入日	(西暦)【必須	頁] (13)	20	年	月	[
フリガナ[必須]	14)							. 性別	【必須】	16)	男	· 女	
患者さま 氏 名 【必須	(自報 I IS	雪)						旧	姓				
生年月日四級	ı I (18)	正・昭和・ ⁷ 成・令和		年	月		日生	電話番【夜間休日は		17)			
住 所 [夜間休日は必須]	T												
代理人記入の場合・(※2親等以内の			(自署)				続柄	(または 成年後見 E入れてください。	人である
医療機関記	人欄	※ この同意● 医師等(意書に記え D同意取 後	、する際に 骨責任者	こ撤回届に。 と同じ所属	もご記入7 医療機関	「さい。 の方のみ、)	下記にご記	入くだ	さい。(所属	医療機関が過	違う場合は別途、同意の	取得が必要で
フリガナ								い会員IC					
医師等の同意取 責任者氏名 【必須		署)					職種(該当に)		医	師・薬	剤師・	看護師 ・ 「	ЛSW
医療機関名 [必須] 8							【必須】 所属部署)					
外勤先の場合		→ 外勤先力 → チェックマー) らである -クを入れてく	。 ください。	外勤先の 【外勤先の ^は						ī	F段の電話番号と FA この医療機関の連絡だ 己入してください	
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】								医氏名 場合は必須】	20	-)場合もご記入下さし	,1
当施設での 患者ID番号 【必須							患者	病院での D番号		る限りご記入			
12 同様に	利用する					1			(①医			f護師、④MS	
氏 名		; あじさい	N会真ID	: 診療科(または所属部署) 職種	1	5 名	:	あじさい	会員ID	診療科(または所属)	『著》 職権
				!								1 1 1	
				<u> </u>									
				1		1						1 1 1	
				1		:						1 1 1	
				1 1 1		1						1 1 1	
				!								1 1 1	
		! !		1								1 1 1	
				1								1 1 1	
				!								1	
備考欄													

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



[x	付象情報提供	病院】	※情報	提供を希望	望した病院に ✓	₹ をお願いし	ます。							
光晴会病院				十善会病院			崎大	学病院		長崎みなとメディカルセンタ・				
日	赤長崎原爆	暴病院		済生会	長崎病院		』フラン	ノシスコ病院		# _ _	病院			
	崎記念病院			長崎北			[が丘:		Į		町病院			
国	立長崎病院	元		重工記	念長崎病院	.	崎北	速洲会病院	L	長嶋	百合野排	病院 院長	. 殿	
5	フシステム	に参			説明を受け、 りましたか						連携ネッ			
	療機関記2		※同	意書取得時	きにご記入くだる	さい。								
	等の同意取得 責任者氏名	寺					あ	じさい会員	ID					
医	療機関名						(∄	診療科	署)					
患	者さま署	名・詞	記入欄	※同	意撤回時にご記	入ください。	記入	日(西暦)	20	白	 E .	———— 月	н	
フ	リガナ								生	年	月日			
	者さま	(自署))					大正・昭和						
	5名							平成・令和		年	月	日	生	
	人記入の場合 { ! 親等以内の			(自署)						続柄	i ()	
▼ 同	意書作成時に受 			空え (コピ	ー)をご覧にな		記入下さ						_	
		氏:	名	- :	あじさい	会員ID ———		氏 名	<u> </u>		あじ	さい会員ID		
											! ! !			
1+1											1 1 1			
撤回											! ! !			
を希望											1			
望す														
る											' ! !			
職員											! !			
											, , ,			
											! !			

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
	上戸町病院 地域連携室 〒850-0953長崎市上戸町4丁目2-20	電話. 095-832-5615 FAX. 095-832-5616	9:00~17:00	_
	光晴会病院 地域医療連携室 〒852-8053長崎市葉山1丁目3-12	電話. 095-857-3563 FAX. 0120-573-632	8:30~17:00	_
	国立病院機構 長崎病院 地域医療連携室 〒850-8523長崎市桜木町6番41号	電話. 095-824-2788 FAX. 095-808-0176	8:30~17:15	_
	済生会長崎病院 地域医療連携センター 〒850-0003長崎市片淵2-5-1	電話. 095-827-7021 FAX. 095-827-7025	8:30~17:00	_
	重工記念長崎病院 地域連携室 〒852-8004長崎市丸尾町6番17号	電話. 095-801-5517 FAX. 095-801-5520	8:30~17:00	_
	十善会病院 地域連携室 〒852-8012長崎市淵町20-5	電話. 095-801-2599 FAX. 095-801-2590	9:00~17:00	_
長	聖フランシスコ病院 地域連携科 〒852-8125長崎市小峰町9番20号	電話. 095-846-2553 FAX. 095-845-7600	9:00~17:00	_
崎地	長崎北徳洲会病院 医局 〒851-2131西彼杵郡長与町北陽台1丁目5番1号	電話. 095-813-5861 FAX. 095-813-5862	9:00~17:00	_
域	長崎記念病院 地域連携室 〒851-0301長崎市深堀町1丁目11-54	電話. 095-871-1515 FAX. 095-871-1510	8:30~17:00	_
	長崎大学病院 地域医療連携センター 〒852-8501長崎市坂本1丁目7番1号	電話. 095-819-7930 FAX. 095-819-7305	8:30~17:00	_
	長崎百合野病院 地域連携室 〒851-2103西彼杵郡時津町元村郷1155-2	電話. 095-857-3366 FAX. 0120-857-057	8:30~17:00	8:30~12:00
	虹が丘病院 地域医療連携室 〒852-8055長崎市虹が丘町1-1	電話. 095-856-1112 FAX. 095-856-1102	8:30~17:00	_
	日赤長崎原爆病院 病診連携室 〒852-8511長崎市茂里町3-15	電話. 0120-845-261 FAX. 0120-845-262	8:30~17:00	_
	井上病院 地域連携室 〒850-0045 長崎市宝町 6-12	電話. 0570-09-1014 FAX. 095-849-6622	9:00~17:00	9:00~12:00
	長崎みなとメディカルセンター 患者総合支援センター 〒850-8555長崎市新地町6-39	電話. 095-822-3251 FAX. 095-821-1116	8:45~17:00	_
	長崎北病院 診療録管理室 〒851-2103 西彼杵郡時津町元村郷800	電話. 095-886-8700 FAX. 095-886-8707	9:00~17:00	9:00~12:00