



あじさいネット 参加同意説明書

《 閲覧側に代わり 情報提供側で同意を取得するもの 》

代行
同意



当院は、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、複数の医療機関をネットワークで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、拠点病院の受診時の状況や治療歴の情報が他の医療機関でも活用でき、治療の経過やその効果などについて、かかりつけ医でもわかりやすく説明を受けることができます。また、調剤情報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。また転院が必要になった場合、患者様の個々の状態に合わせた適切な転院先を迅速に提供する事が出来ます。

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師のうち、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。
- (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。
- (4) 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）
- (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）

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』を連携先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職員から説明を受け、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「連携先病院」ごとに記入して頂く必要があるもので、「連携先病院」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

《 閲覧側に代わり 情報提供側で同意を取得するもの 》

代行
同意

情報提供をする

医療機関名

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。

医療機関提供をする (自院)	説明をした 職員氏名	(自署)	あじさい会員ID	
	診療科 (または所属部署)			
	自院での 当該患者ID番号	※必ずご記入ください	電話番号 FAX 番号	

※ 説明者になるべく直接連絡が取れる電話・FAX 番号をご記入ください。

情報を閲覧する 相手先医療機関	閲覧する 医療機関名		診療科 (または所属部署)	
	相手側病院での 当該患者ID番号	※できる限りご記入ください	電話番号 FAX 番号	
	閲覧する職員氏名	あじさい会員ID	閲覧する職員氏名	あじさい会員ID

患者さま署名・記入欄

	記入日	20	年	月	日
フリガナ 患者さま 氏 名	(自署)	性 別	男 ・ 女		
		旧 姓			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生				
他の拠点病院での 同意書作成歴	なし ・ あり (病院名)				
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 ()			

原本提出・保管

自院の連携業務担当部署（地域医療連携室等）

FAX送信先

相手先医療機関の閲覧職員 ※ 事前に担当職員（医師等）に連絡した上でお送りください。

コピー保管

患者さまご本人 ※同意撤回届原本と一緒に保管してください。



あじさいネット 同意撤回届

《 閲覧側に代わり 情報提供側で同意を取得したもの 》

代行
同意

情報提供をする

医療機関名

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 情報を提供 する	説明をした 職員氏名	(自署)	あじさい会員ID	
	診療科 (または所属部署)			

情報 を閲覧 する 相手 先 医療 機 関	閲覧する 医療機関名		診療科 (または所属部署)	
	閲覧する職員氏名	あじさい会員ID	閲覧する職員氏名	あじさい会員ID

患者さま署名・記入欄

フリガナ		記入日	20	年	月	日
患者さま 氏 名	(自署)	生 年 月 日				
		明治・昭和 大正・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 ()			

▼ この同意撤回届は、下記へ郵送またはご持参ください。 ▼

※ 同意書取得時に医療機関でご記入ください。

提出先病院 : (説明を受けた病院)	
連携業務 : 担当部署名 :	
住所 : 〒	
提出先部署 : 電話番号 :	提出先部署 : FAX番号 :