

代行同意書の運用と記入

■代行同意書について

通常のアジサイネット同意書は「情報を閲覧する側」が同意を取るものですが、それに対して「**情報を提供する側**」が閲覧者の代りに同意を取るのが「アジサイネット代行同意書」です。

■運用方法について

必ず、同意書記入前に「診療情報を閲覧する人」へ事前に了解を得て、「閲覧する人全員」を決定してください。

病病連携を行う場合は、病病連携を行ってる病院様のみとなります。

A 病院での運用の流れ

- 1 閲覧者に了承を得る**
 A病院(自院)がB病院の「診療情報を閲覧する人」へ連絡をし、事前に了解を得てB病院の「閲覧する人全員」を決定。
- 2 代行同意書へ記入**
 A病院(自院)がB病院の「閲覧する人全員」の氏名および会員IDを「代行同意書」へ記入。
- 3 患者さんに同意書の説明**
 「代行同意書」用紙にて、A病院(自院)で患者さんに説明し同意署名を得る。
- 4 同意書を提出**
 必要事項を記入した「代行同意書」を、A病院(自院)の連携業務担当窓口へ提出する。
- 5 連携業務窓口にて登録**
 A病院(自院)の連携業務担当者より登録完了の連絡を受ける。
- 6 閲覧者へ連絡**
 A病院(自院)の同意書提出者が **1** で了承を得たB病院の医者に連絡をし、A病院の診療情報を閲覧者に見てもらう。

B 病院

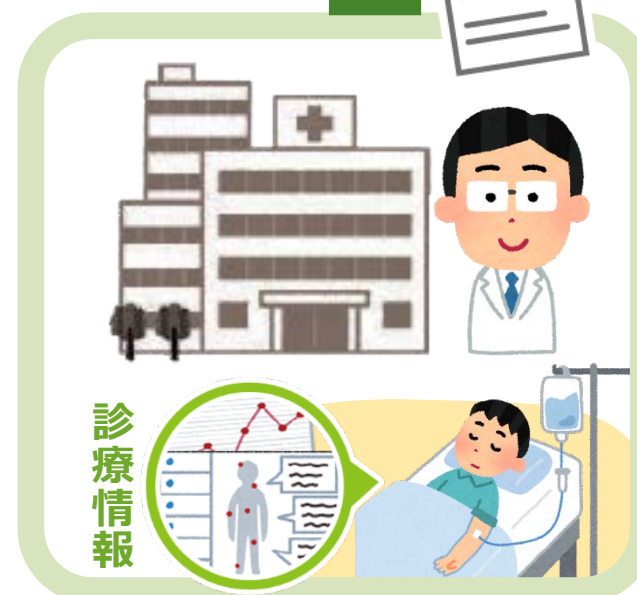
診療情報を閲覧する人



情報提供

取得
代行同意

A 病院 (自院)



【代行同意書の記入例】

※赤文字部分が、同意を取得する病院での必須記入項目です。

医療機関の方へ 本書記入時に、同意撤回届にも必要事項を記入してください。



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

あじさい総合病院

院長 殿

私は下記の職員から、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) 紫陽花 太郎	あじさいID	a00005
	診療科 (または所属部署)	整形外科		
	自院での 当該患者ID番号	0001234	電話番号 FAX 番号	080-1234-5678 095-000-0000

※説明書に添付する自院連絡が取れる電話・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	B医療センター	診療科 (または所属部署)	整形外科
	相手側病院での 当該患者ID番号		電話番号 FAX 番号	095-894-9999 095-894-9990
	閲覧する職員氏名	あじさいID	閲覧する職員氏名	あじさいID
	受入 次郎	a00010		
	〇〇 〇〇	a00011		
	〇〇 〇〇	a00012		

患者さま署名・記入欄

フリガナ	だいこう いちろう	記入日	平成 30 年 7 月 20 日
患者さま氏名	(自署) 代行 一郎	性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 37 年 5 月 11 日生	旧姓	
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）

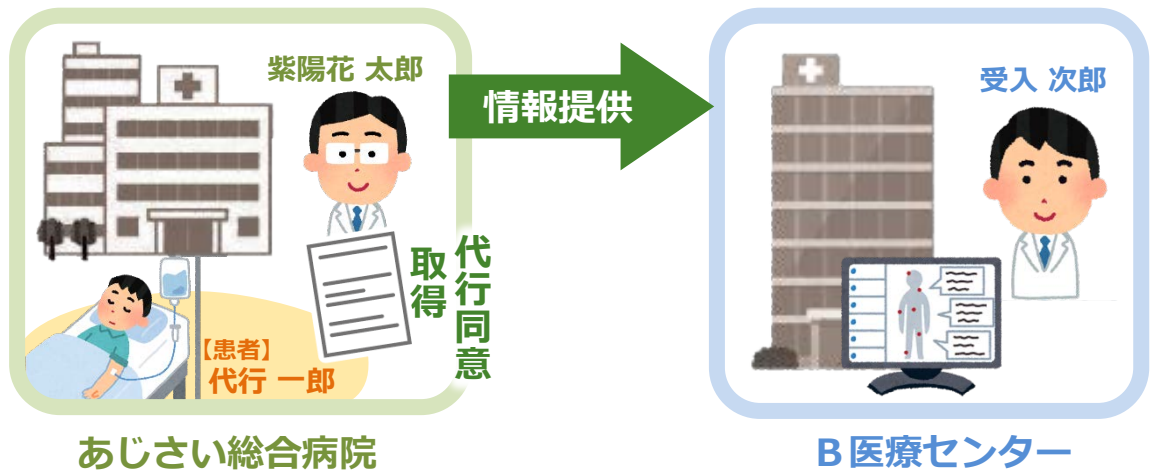
FAX送信先

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。

様式 D-04-00 Ver.180226



情報提供をする医療機関名（自院）

- 自院の施設名を記入する。

情報を提供する医療機関（自院について記入）

- 氏名、あじさいID、診療科または所属部署・・・自分のものを記入。
- 自院の患者ID・・・同意を取得する患者の、自院でのIDを記入。
- 電話番号・・・自分に必ず連絡がつく番号を記入

情報を閲覧する 相手先医療機関（患者の受け入れ先）

- 患者さんの診療情報を見せたい医師等について、以下を記入する。
 - ・医療機関名
 - ・診療科または所属部署
 - ・連絡先電話およびFAX
 - ・見せたい医師等の氏名（閲覧する必要があるあじさいネット会員全員）

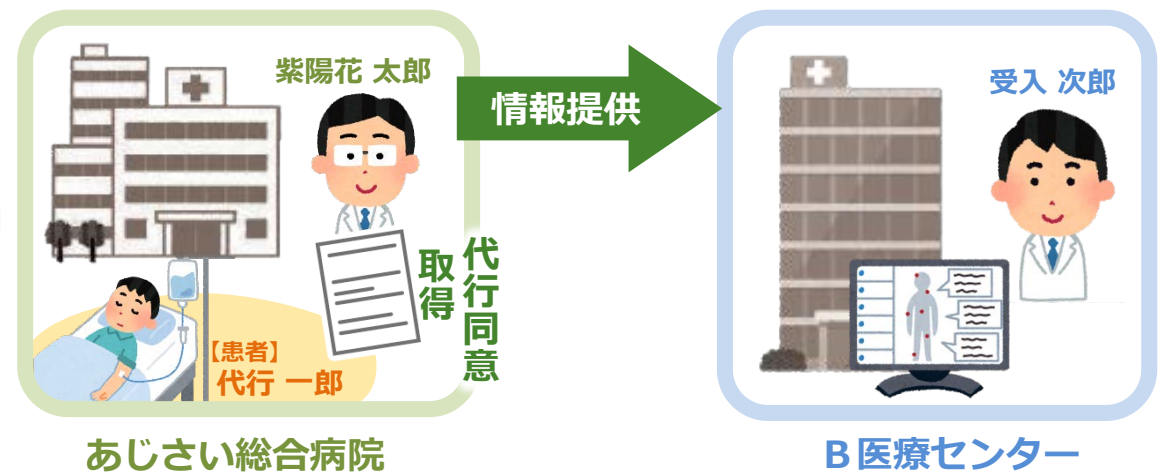
患者さま記入欄

- 必要事項を記入し、患者様もしくは代理人に署名をもらう。

次に撤回届の記入例を紹介します

【代行同意：撤回届の記入例】

※赤文字部分が、同意を取得する病院での必須記入項目です。



医療機関のかたへ 同意取得時に必要事項を記入し、必ず患者さまへお渡ください。

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 **あじさい総合病院** 院長 殿

私は、下記の医師から説明を受け、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。

医療機関を 提供する	説明をした 職員氏名	(自署) 紫陽花 太郎	あじさいID	a00005
	診療科 (または所属部署)	整形外科		

情報を 閲覧する 相手先医療 機関	閲覧する 医療機関名	B医療センター	診療科 (または所属部署)	整形外科
	閲覧する職員氏名	あじさいID	閲覧する職員氏名	あじさいID
	受入 太郎	a00010		
	〇〇 〇〇	a00011		
	〇〇 〇〇	a00012		

患者さま署名・記入欄

フリガナ	記入日	平成 年 月 日
患者さま氏名	(自署)	明治・昭和 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)	あじさい総合病院		
連携業務 担当部署名	地域医療連携室		
住所	〒 850-0000 長崎市紫陽花町9-6-55		
提出先部署 電話番号	095-894-9999	提出先部署 FAX番号	0120-894-999

様式 D-04-00 Ver.180226

情報提供をする医療機関名

- 自院の施設名を記入する。

情報提供をする医療機関（自院について記入）

- 説明した者
 - あじさいID
 - 診療科または所属部署
- ・・・ 自身の氏名・あじさいID・部署名を記入

情報を閲覧する 相手先医療機関（患者の受け入れ先）

- 同意書に「相手先医療機関」として記入した施設名とあじさい会員名を記入。

撤回届提出先（自院の連携業務担当窓口）

- 自院の連携業務担当窓口の名称、住所、電話番号、FAX番号を記入。

これで記入は全て終了です