代行・時間外併用版

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、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。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療従事者のうち、長崎地域医療連携ネットワーク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) 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）

(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) 相手先医療機関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「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

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

AJISAI NET

《 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

FAX送付場所		
	● 平日（自院の受付時間内）	➡ 自院の連携業務担当部署
	● 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が届かない場合は上記の電話番号にご連絡をお願いします。

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。

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【夜間休日は必須】	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 明治・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		
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（　）	□ 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（自院）情報提供をする

情報を提供する医療機関名④【必須】		診療科【必須】（または所属部署）	
フリガナ 説明をした職員氏名⑤【必須】	（自署）	あじさい会員ID	
電話番号【必須】⑥		FAX番号【必須】⑦	
緊急連絡先		自院での当該患者ID番号【必須】	※必ずご記入ください
主治医氏名⑳【看護師の場合は必須】	※ 主治医があじさいネット会員でない場合もご記入ください		

※ 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⑧【必須】		診療科【必須】（または所属部署）	
相手側病院での当該患者ID番号⑪	※できる限りご記入ください	電話番号⑨	
		FAX番号⑩	

⑫ 閲覧する職員氏名【必須】	あじさい会員ID【必須】	⑫ 閲覧する職員氏名【必須】	あじさい会員ID【必須】

- 自院へ依頼の場合は、必要事項を記入し自院の担当部署（地域連携室等）へFAXを行う。
- 時間外受付へ依頼の場合は、必要事項を記入し時間外受付FAX番号へFAXを行う。
- コピーを行い患者さま本人用控えとして渡す。※同意撤回届原本と一緒に渡す。
- 完了後、当日または翌営業日以降に自院の地域連携室等より閲覧先医療機関の閲覧職員にFAXを行う。
  ※事前に担当職員（医師等）に連絡した上で送付する。
- 原本は自院の担当部署（地域連携室等）へ送付する。

※ ㈱NTTデータ中国 作業記入欄												

様式 D-05-00 Ver.241223

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しください。

あじさいネット 同意撤回届

AJISAI NET

《 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。

情報を提供する医療機関				
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

記入日	20　　年　　月　　日

フリガナ		生　年　月　日
患者さま氏名	（自署）	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がご記入ください。

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 ：

様式 D-05-00 Ver.241223