

★別紙同意説明書を必ずお読みください。

(様式4)

市立芦屋病院 病診連携システム利用同意書

◇連携医療機関記載欄 ※必ず記入の上、同意書を患者さんへお渡しください。

住	所：	_____
連携医療機関名：	_____	
主治医氏名：	_____	

◇患者様記載欄

私は、病診連携システムに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の市立芦屋病院の診療情報を病診連携システムを用いて上記連携医療機関の主治医等が閲覧することに同意します。

同意日：令和 年 月 日

市立芦屋病院ID：_____

患者様の氏名：_____ (自署) 男・女
明治・大正

生年月日：昭和・平成 年 月 日 (歳)

※患者が未成年の場合には親権者、患者が自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。自筆でご署名ください。

親権者又は代理人記載の場合 代理人氏名：_____ 続柄 _____

※市立芦屋病院記載欄 -----

■システム登録日

令和 年 月 日

■カルテ番号 _____

地域連携室			

(受取) (審査) (設定) (保管)

市立芦屋病院 病診連携システム同意説明書

当院では、医療の質と安全性の確保のため、市立芦屋病院 病診連携システム（以下、システム）を運用しています。これは厚生労働省が推進している診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ために、市立芦屋病院と連携医療機関の主治医（以下、連携医）、医療職間を接続して診療情報を共有するものです。以下の主旨をよくご理解いただいた上でご参加ください。

1 システムの目的

このシステムは、患者さん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市立芦屋病院と連携医療機関と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基に治療法を検討し、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、検査結果や所見などを連携医が必要と判断したときに参照することができるため、より総合的に判断して治療を行うことができます。

また、連携医が市立芦屋病院に検査を依頼した場合は、その結果を速やかに確認することができるようになります。種々の検査データが施設間で共有され、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、患者さん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) 診療情報を見ることができるのは、病診連携システム利用同意書(様式4)の連携医療機関記載欄にある医療機関の主治医及び看護師のみとします。
- (2) 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) 閲覧有効期間は、公開内容設定後6ヵ月間です。(但し、左記期間内に連携医療機関よりアクセスがあった場合には、その時点より6ヵ月間延長します。)

4 参加をやめたいときは

このシステムの参加をとりやめる場合は、いつでも中止することができます。その場合には市立芦屋病院のホームページから「市立芦屋病院 病診連携システム同意撤回書(様式5)」をダウンロードしていただき、必要事項を記載した上で市立芦屋病院地域連携室に提出又は郵送してください。なお、同意撤回書は市立芦屋病院地域連携室にも用意していますので請求いただければ郵送します。

5 診療情報について

地域医療システムで参照可能な項目は、市立芦屋病院地域医療推進委員会で取り決めますので、参照可能な項目を個別に選択することはできませんし、各種診療情報は同意日以降のデー

タのみ参照可能となります。また同意期間の途中であっても患者さん個人に直接ご連絡することなく参照可能な項目を変更することがあります。この場合は市立芦屋病院のホームページで広報するとともに連携医に連絡します。

6 最後に

このシステムの参加は、患者さん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主治医から説明を受け、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。参加されなかった場合や途中で参加をとりやめた場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

なお、分からないことがございましたら、市立芦屋病院 地域連携室までお問い合わせください。

市立芦屋病院 地域連携室

TEL 0797-31-2156

FAX 0797-22-3319

(受付時間 平日月～金 午前9時00分～午後5時00分)