

「医療ネットながと」参加同意説明書

当病院（診療所）は、医療の質の向上と安全性確保のために、長門市医師会が運営している長門地域医療連携情報システム（医療ネットながと）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ために、基幹病院とかかりつけ医の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っております。

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、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、基幹施設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、かかりつけ医でわかりやすく説明を受けることができます。また、種々の検査データが施設間で共有されることにより、薬の重複投与の防止や、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、あなたが同意書を提出した病院（診療所）のうち、長門市医師会長が許可した者に限られます。
- (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。

4. 参加をやめたいときは

このシステムへの参加を取りやめたいときは、いつでも中止することができます。

その場合は、同意撤回届（同意書を提出した病院または診療所にあります。）で届け出てください。

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志によります。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、ご参加いただいております。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、参加同意書は各「かかりつけ医」ごとに記入していただく必要があるもので、「かかりつけ医」の数に応じて、複数回記入していただく場合があります。

お問い合わせ先：長門市医師会

電話番号：0837-22-4017

「医療ネットながと」参加同意書

長門市医師会長 様

私は下記の主治医から、長門地域医療連携情報システム(医療ネットながと)に関する説明、並びに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、下記の病院・診療所などにおいて、医療ネットながとに参加し、私の診療情報が私の受ける診療に活用されることに同意します。

<患者さま記載欄>

平成	年	月	日
ふりがな:			
患者さまの氏名: _____			男・女 (自署)
明治・大正 生年月日: 昭和・平成 _____ 年 月 日			
(代理者記載の場合: 代理者氏名 _____ 続柄: _____)			
他の医療機関での同意書作成歴: なし ・ あり (病院名: _____)			
連携希望病院名: <input type="checkbox"/> 岡田病院 (FAX : 23-0052)			
<input type="checkbox"/> 長門総合病院 (FAX : 22-2539)			
<input type="checkbox"/> 斎木病院 (FAX : 26-1982)			
<input type="checkbox"/> その他(_____)			
(3病院以外の診療所等を希望される場合は、その他に☑して、診療所名を記載してください)			

<かかりつけ医・紹介元記載欄>

説明した主治医氏名: _____ (自署)	
紹介元医療機関名: _____	FAX番号: _____
紹介患者さま自院ID番号 : _____	

※ 原本は医師会へ郵送してください。コピーを2部おこない、1通はかかりつけである貴院に保存し、残りの1通を患者さま本人用としてお渡しください。

また、医師会(FAX:22-8686)と連携希望の病院の地域連携室へFAX送付を行ってください。

「医療ネットながと」同意撤回届

長門市医師会長 様

私は、下記の主治医から説明を受け、下記医療機関において長門地域医療連携情報システム(医療ネットながと)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。

<かかりつけ医記載欄>

説明をした主治医氏名: _____

医療機関名: _____

<患者さま記載欄>

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さま氏名: _____ 生年月日: 明治・大正 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代理人の場合: _____ 続柄: _____

※ 原本は医師会へ郵送してください。コピーを2部おこない、1通はかかりつけである貴院に保存し、残りの1通を患者さま本人用としてお渡してください。

また、医師会(FAX:22-8686)と関係希望の病院の地域連携室等へFAX送付を行ってください。