

『厚愛地区診療情報共有システム』利用説明書・承諾書

1 目的

厚木・愛川・清川地域の医療関係機関等で患者様の情報を共有することにより効率の良い医療を提供することを目的としたシステムで、厚愛地区診療情報共有システム構築モデル事業運営協議会が運営し、厚木・愛川・清川地域の複数の医療機関等が参加しております。

2 概要

(1) 期待される点

『厚愛地区診療情報共有システム』は患者様の情報がより迅速かつ正確に相手方に伝わるため、円滑な医療の提供に役立つほか、重複投薬や重複検査などの無駄を省くことも期待でき、患者様にとっても医療関係機関等にとってもメリットがあります。

(2) 共有する情報

『厚愛地区診療情報共有システム』で共有利用する情報は、以下のとおりです。

基本情報として、患者様の①氏名②年齢③性別④住所⑤電話番号⑥疾患名（疑い病名含む）⑦既往歴⑧家族歴等

医療情報として医療機関等で所有する①検査データ②画像データ③退院時要約④看護要約⑤各種レポート⑥地域連携パス等

(3) 情報を共同利用する機関

これらの情報は、厚木・愛川・清川地域の医療機関、介護施設、訪問看護ステーション、調剤薬局、歯科医院、地域包括支援センター、厚木市、愛川町、清川村等で共有します。ただし、利用する機関の範囲は、患者様の希望される機関に制限することができます。具体的な医療機関等名のリストは増減することがあります。

(4) 個人情報の取扱い方針について

患者様からお預かりした個人情報については、『『厚愛地区診療情報共有システム』個人情報保護方針』及び『『厚愛地区診療情報共有システム』利用規約』に基づき、厳重に管理します。

(5) 個人情報の開示や削除などの手続きについて

患者様の個人情報について、開示・訂正・消去などを希望される場合は、下記協議会事務局へお申し出下さい。また、『厚愛地区診療情報共有システム』の利用を止めたいときには、いつでも辞退することができますので、協議会事務局までお申し出下さい。

(6) 費用について

患者様に対して『厚愛地区診療情報共有システム』への参加に係る費用を請求することはありません。なお、開示請求の場合は、実費のみご負担いただきます。

3 『厚愛地区診療情報共有システム』に関する問い合わせ先

厚愛地区診療情報共有システム構築モデル事業運営協議会事務局（厚木医師会内）

〒243-0011 厚木市厚木町 6-1 TEL: 046-222-1259 FAX: 046-223-0556

私は、上記説明を理解し『厚愛地区診療情報共有システム』を利用することに同意いたします。なお、私の情報を共有する医療機関は、

『厚愛地区診療情報共有システム』に参加する全ての医療機関等

下記の医療機関等のみ

①

②

③

④

⑤

⑥

救急時など、私の意思確認が困難な場合で、かつ、私の診療上有益な場合は、上記で指定した医療機関以外でも情報の利用を認めます。

年 月 日

患者本人

性別 男・女 生年月日 西暦 年 月 日

ふりがな

氏名 _____

住所 _____

家族（続柄： _____）

氏名 _____

住所 _____

担当医師 _____ 氏名 _____

立会者（看護師その他） _____ 氏名 _____