

「h-Anshin むこねっと」説明書

「h-Anshinむこねっと」は、ICTを活用して複数の医療機関を接続して診療情報を共有し、地域全体で診療に取り組むシステムです。

「h-Anshinむこねっと」を利用して、患者さまの診療情報を複数の医療機関で共有できるようにするかどうかは、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にご利用いただいています。もし、利用されなかった場合や途中で利用を中止された場合でも、その後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

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を厳重に保護しながら、参加医療機関をネットワークで結び、診療に必要な情報を共有します。参加医療機関は、診療・検査などから得られた多くのデータをもとに治療法を検討し、質が高く安心な診療の提供を可能にすることを目的としています。

2. システム利用のメリット

このシステムに参加する医療機関は、紹介先医療機関の受診時の状況や治療歴の情報が活用でき、検査データの医療機関間の共有が可能となりますので、質の高い安心な診療を患者さまに提供することができます。また、他の医療機関においても、地域の中核的な医療機関と連携が図られるため、より専門的な診療の手助けとして有効に利用できます。

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、原則としてあなたの同意書に書かれた当院に限られます。ただし、生命・身体の保護のために情報を共有する緊急の必要性があると医療機関が判断すれば、患者さまの同意が得られない状況でも診療情報の共有を行う場合があります。また、紹介先医療機関の判断により診療情報を開示しない場合もあります。
- (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。

4. 利用の同意を撤回したいときは

このシステムの利用を取りやめる場合は、同意撤回届の提出によりいつでも中止することができます。

注：なお、この同意書は「連携する医療機関」ごとに記載していただくため、その数に応じて、複数枚記載していただく場合があります。

当院は、医療の質と安全性の確保のために阪神医療福祉情報ネットワーク協議会が運営している「h-Anshinむこねっと」に参加しています。

上記の趣旨をよく理解の上で、システム利用に賛同いただきたいと思います。

お問い合わせ先： 【医療機関名】

【電話番号】

阪神医療福祉情報ネットワーク協議会 むこねっと事務局
電話番号 06-6422-6510

診療情報共有のための同意書

(h-Anshin むこねっと)

この同意書は

と当院との間で

あなたの診療内容をh-Anshin むこねっとを利用して双方の医療機関で共有する(参照する)ことができるようにするための同意をいただく書類です。同意いただくことで、情報公開病院の治療の進行状況がわかり、あなたの治療に役立てることができます。

- ※診療内容は、当院及び紹介先の医療従事者以外が見ることはありません。
- ※診療情報の共有は、当院及び紹介先医療機関の全診療科が対象となります。
- 共有を希望されない診療科がある場合はご記入下さい。但し、画像データは共有されます。
- ※同意はいつでも別紙で撤回することができます。

患者さん記入欄

●別紙説明書の1～4の項目を十分理解した上で、私の検査結果や治療の内容をネットワーク上で双方が見ることに

同意します。 同意しません。

同意の日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名;

ふりがな _____

性別; 男 ・ 女 (○印をしてください。)

生年月日; T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日
(西暦も可)

住所; _____

署名欄	
-----	--

ご本人以外の署名の場合は、いずれかに○印をつけて下さい。

1. 本人に十分な判断能力がないので、法定代理人または委任を受けて代理人が、代理人の名前で署名します。
(本人との続柄 _____)
2. 本人は同意していますが、署名できませんので、本人の名前を代筆します。(代筆者 _____)

共有を希望しない診療科 なし あり (_____)

同意取得医療機関記入欄

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所

医療機関名

医師名 _____

紹介患者のID番号(自院のカルテ番号) _____

新規に紹介します。

過去の診療情報を参照します。

*ただし、病院毎に開示可能期間が異なりますのでご注意ください。

(情報公開病院 記載欄)

公開設定担当者 記載欄	
第一	(氏名) _____ 印
	(設定完了日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
第二	(氏名) _____ 印
	(設定完了日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医 記載欄	
第一	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	(診療科) _____ (主治医名) _____
第二	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	(診療科) _____ (主治医名) _____

記入例
(患者さん用)

診療情報共有のための同意書
(h-Anshin むこねっと)

(ver.1.6)

この同意書は

と当院との間で

あなたの診療内容をh-Anshin むこねっとを利用して双方の医療機関で共有する(参照する)ことができるようにするための同意をいただく書類です。同意いただくことで、情報公開病院の治療の進行状況がわかり、あなたの治療に役立てることができます。

※診療内容は、当院及び紹介先の医療従事者以外が見ることはありません。

※診療内容の共有は、当院及び紹介先医療機関の全診療科が対象となります。

共有を希望されない診療科がある場合はご記入下さい。但し、画像データは共有されます。

※同意はいつでも別紙で撤回することができます。

患者さん記入欄

●別紙説明書の1~4の項目を十分理解した上で、私の検査結果や治療の内容をネットワーク上で双方が見ることに

同意します。 同意しません。

同意の日付: 令和 1 年 〇 月 〇 日

患者氏名:

ふりがな ひょうご たろう

性別: 男 ・ 女 (〇印をしてください。)

兵庫太郎

生年月日: T S H R XX 年 〇〇 月 △△ 日
(西暦も可)

住所: 尼崎市〇〇町△丁目XX番▽▽号

署名欄

兵庫太郎

ご本人以外の署名の場合は、いずれかに〇印をつけて下さい。

1. 本人に十分な判断能力がないので、法定代理人または委任を受けて代理人が、代理人の名前で署名します。

(本人との続柄 _____)

2. 本人は同意していますが、署名できませんので、本人の名前を代筆します。(代筆者 _____)

共有を希望しない診療科 な

患者さんご本人の名前をご自身でご記入ください。

ただし、

【患者さんが15歳未満の場合】

署名欄に親権者が親権者の氏名を記入し、署名欄横の 1. に〇印及び続柄をご記入ください。

【患者さんが15歳以上の場合】

①ご本人に十分な判断能力がない場合には、署名欄に法定代理人または委任を受けた代理人が代理人の氏名を記入し、署名欄横の 1. に〇印及び続柄をご記入ください。

②ご本人は同意しているが「ご自身で署名ができない場合」には、署名欄に代筆者が患者氏名を記入し、署名欄横の 2. に〇印 及び代筆者名をご記入ください。

医療機関住所

医療機関名

医師名

紹介患者のID番

(情報公開病院

公開誌

第一 (氏名)

(設定完了日)

第二 (氏名)

(設定完了日)

年

記入例
(施設用)

診療情報共有のための同意書
(h-Anshin むこねっと)

この同意書は

と当院との間で

あなたの診療内容をh-Anshin むこねっとを利用して双方の医療機関で共有する(参照する)ことができるようにするための同意をいただく書類です。同意いただくことで、情報公開病院の治療の進行状況がわかり、あなたの治療に役立てることができます。

※診療内容は、当院及び紹介先の医療従事者以外が見ることはありません。

※診療内容の共有は、当院及び紹介先医療機関の全診療科が対象となります。

共有を希望されない診療科がある場合はご記入下さい。但し、画像データは共有されます。

※同意はいつでも別紙で撤回することができます。

患者さん記入欄

●別紙説明書の1~4の項目を十分理解した上で、私の検査結果や治療の内容をネットワーク上で双方が見ることに

同意します。 同意しません。

同意の日付: 令和 1 年 〇 月 〇 日

患者氏名:

ふりがな ひょうご たろう

性別: 男 ・ 女 (〇印をしてください。)

兵庫太郎

生年月日: T S H R XX 年 〇〇 月 △△ 日
(西暦も可)

住所: 尼崎市〇〇町△丁目XX番▽▽号

署名欄 兵庫太郎

ご本人以外の署名の場合は、いずれかに〇印をつけて下さい。

- 1. 本人に十分な判断能力がないので、法定代理人または委任を受けて代理人が、代理人の名前で署名します。
(本人との続柄 _____)
- 2. 本人は同意していますが、署名できませんので、本人の名前を代筆します。(代筆者 _____)

共有を希望しない診療科 なし あり ()

同意取得医療機関記入欄

パターンA の場合に

令和 1 年 〇 月 〇 日

医療機関住所 尼崎市南塚口町4-4-7

医療機関名 山本医院

医師名 山本 一郎

紹介患者のID番号(自院のカルテ番号) XXXXX

パターンB の場合に

新規に紹介します。

過去の診療情報を参照します。

*ただし、病院毎に開示可能期間が異なりますのでご注意ください。

(情報公開病院 記載欄)

(* 記載なしでも可)

公開設定担当者 記載欄	
第一	(氏名) _____ 印 (設定完了日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
第二	(氏名) _____ 印 (設定完了日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医 記載欄	
第一	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (診療科) _____ (主治医名) _____
第二	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (診療科) _____ (主治医名) _____