

厚生中央医療情報ネットワーク 参加同意書（患者）【様式 4-1】

私は、本書を元に厚生中央医療情報ネットワークに関する説明を受け、その目的について理解しましたので、厚生中央医療情報ネットワークし指定した開示施設が私の医療情報を共有することに同意します。

【ご本人記入欄】※太枠内のご記入をお願いします。

日付	20 年 月 日		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名（署名）			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		
診察券番号			
自宅住所	〒 - 電話番号		

※代理者の場合は以下のご記入もお願いします

代理人氏名 （署名）		続柄	
住所	〒 - 電話番号		

【個人情報及び診療情報の閲覧を許可する参加施設】

※以下に記載いただいた参加施設のみ、閲覧が可能となります。

※複数施設に開示をする場合は、次ページの用紙をあわせてご利用ください。

施設	名称	
	住所	
施設	名称	
	住所	

【説明した者の記入欄】

所属		氏名	
----	--	----	--

【当院記載欄】

【受付窓口】 → 【医療情報管理室】

受付受理日 西暦 年 月 日

システム登録日 西暦 年 月 日

室長	医情報室	システム登録

本用紙は厚生中央病院 受付窓口にご提出ください。

厚生中央医療情報ネットワーク 参加同意書（患者）

日付	20 年 月 日
氏名（署名）	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日

【個人情報及び診療情報の閲覧を許可する参加施設】

※以下に記載いただいた参加機関のみ閲覧が可能となります。

施設	名称	
	住所	
施設	名称	
	住所	
施設	名称	
	住所	
施設	名称	
	住所	
施設	名称	
	住所	
施設	名称	
	住所	
施設	名称	
	住所	

厚生中央医療情報ネットワーク参加同意説明書

厚生中央医療情報ネットワーク（以下、本ネットワーク）は、正確な情報に基づいた最適な医療を行うために、本ネットワークに参加する医療機関・歯科診療所・保険薬局・訪問看護ステーション等（以下「参加施設」という）が、あなたの個人情報及び診療情報を共有するものです。

以下の内容をご理解いただきましたうえで、同意することにご協力いただきますようお願い致します。

1. 本ネットワークの目的

本ネットワークは、個人のプライバシー保護を厳重に図りながら、診療に必要な情報を、本ネットワークに参加する医療機関等で共有を致します。

2. 本ネットワークで共有される情報

本ネットワークに参加している参加施設で共有される情報は以下の通りです。

- ① 氏名・生年月日・保険証情報などの個人情報及びご家族の連絡先等
- ② 当院で受けた治療内容や治療の経過の情報
- ③ その他、円滑なサービス提供のために共有が必要な情報

3. 本ネットワークに参加することのメリット

- ① 本ネットワークに参加いただきますと、当院で受けた治療内容や治療の経過、その効果等の情報が、同意いただいた参加施設等と共有されますので、異なる参加施設であっても一貫した治療を受けることができます。
- ② 薬の重複投与の防止、種々の検査データが参加施設等で共有される等、最適な診療を受けることができます。
- ③ 本ネットワークの利用について、費用負担はありません。

4. 個人情報及び診療情報の安全確保

本ネットワークでは、貴方の個人情報及び診療情報を守るために次のような対策を講じています。

情報閲覧	このシステムで個人情報や診療情報を閲覧ができる施設は、患者さんに「厚生中央医療情報ネットワーク参加同意書」に記載いただいた参加施設のみです。また、厚生中央医療情報ネットワークへのアクセス内容は全て記録していますので、いつ、だれが、どの情報を閲覧したかを、随時確認できるようにしています。
端末の特定	貴方の個人情報や診療情報を参照できるのは、特定の端末（パソコン）だけとなっています。特定の端末以外は、本ネットワークに接続できないようになっています。
暗号化	個人情報や診療情報は暗号化通信で行われています。
情報閲覧者の責務	本ネットワークの情報を閲覧する者は、個人情報保護法ならびに本ネットワーク利用規程を遵守し、安全かつ適正な利用に努めます。

5. 参加をやめたいとき

- ① 本ネットワークの参加は、いつでも中止することができます（本ネットワークに登録されているデータ公開を停止処理いたします）。
 - ② 参加をやめたい時は、参加同意撤回書をご提出ください。
- ※ 同意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。

（本用紙は患者さんにお渡しく下さい）