

## 守口敬仁会病院 地域連携システム 同意書

私は、下記の医師または歯科医師から守口敬仁会病院地域連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、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。

(あて先) 守口敬仁会病院 病院長

### <患者様記入欄>

同 意 日	年 月 日		
(ふりがな)			
患者様氏名	(自署)	男・女	(旧姓: )
生 年 月 日	M・T・S・H・R	年 月 日	
(代理人記載の場合: 代理人氏名)		続柄	

### <かかりつけ医療機関記載欄>

説 明 者 氏 名	(自署または押印をお願いします)		
診 察 券 番 号 (カルテ番号)			
医 療 機 関 名	電 話 番 号		
	F A X 番 号		

\* 原本は診療情報提供書と合せて守口敬仁会病院に提出してください(患者様が持参、又は郵送)。  
 コピーを2部行い、1部は貴院に保存し、1部は患者さん本人の控えとしてお渡しく下さい。  
 (原本 → 守口敬仁会病院 患者様持参又は郵送、 コピー2部 → 患者さん控用、貴院保管用)

### <提出先>

守口敬仁会病院 地域連携室  
 〒570-0021  
 大阪府守口市八雲東町2-47-12  
 電話 06(6906)9191  
 FAX 06(6906)9018

受付	公開設定	スキャナ	保管

## 守口敬仁会病院 地域連携システム 同意説明書

守口敬仁会病院が整備・運用している地域連携システム「Keijinkai-NET」。  
これは厚生労働省が推進している「ネットワークを通じて診療圏内の地域医療情報を医療機関同士でリアルタイムに共有し、正確で信頼性の高い医療を提供する」という方針に沿ったものです。以下の主旨をよくご理解いただき、あなたの診療情報を有効活用させていただく事に同意していただきますようお願いいたします。

### ● システムの目的

このシステムは、医療機関同士を結ぶネットワークを通じて患者さんの診療情報の一部を共有し、正確で信頼性の高い医療を提供する事を目的とします。  
その際あなたの大切な個人情報外部にもれたりしないよう最大限の配慮がなされています。

### ● システムに参加していただくことの利点

このシステムへの参加に同意していただくと、あなたが紹介先病院で受けた検査や治療などの診療情報を当院からも同時に参照する（見る）ことができるようになります。その結果、あなたの診療情報をかかりつけ主治医である私が迅速かつ正確に知ることができ、正確でわかりやすい病状説明や今後の診療計画に生かすことが出来るようになります。

### ● 個人情報保護のため、このシステムは以下の原則に従って運用されています

- (1) このシステムで診療情報を見ることができるのは、あなたが同意したかかりつけ主治医に限られます。
- (2) このシステムは、最新の情報暗号化技術と厳格な利用者規定を遵守する事により、外部からの不正な侵入や個人情報の漏洩に対し十分な配慮がなされています。
- (3) このシステムを利用できるのは、利用者規定や個人情報の取り扱いに関する内容を十分理解された主治医に限られます。

### ● システム参加への同意書は各医療機関の「かかりつけ主治医」ごとに記載して頂く必要がありますので、他の医療機関を受診なさる場合はそのつど記載して頂く場合があります。

### ● 同意を取りやめたいときは

このシステムに一旦同意した後、取りやめたくなった場合は、いつでも同意を撤回することができます。その場合は、同意撤回届（同意書と一緒にお渡ししています）をかかりつけ医もしくは守口敬仁会病院にご提出ください。

最後にこのシステムへの参加は、患者さん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います。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。

## 守口敬仁会病院 地域連携システム 同意撤回書

私は、下記の医師または歯科医師から説明を受け、下記医療機関において守口敬仁会病院地域連携システム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。

<医療機関記載欄> (同意取得時に記載)

説 明 者 氏 名	(自署)		
診 察 券 番 号 (カルテ番号)			
医 療 機 関 名		電 話 番 号	
		F A X 番 号	

<患者様記入欄>

同 意 日	年 月 日		
(ふりがな)			
患 者 様 氏 名	(自署)	男・女	(旧姓: )
生 年 月 日	M・T・S・H・R	年 月 日	
(代理人記載の場合：代理人氏名)		続柄	

同意を撤回する場合に、この書類を守口敬仁会病院 地域連携室まで持参・FAX・郵送して下さい。

<提出先>

守口敬仁会病院 地域連携室

〒570-0021

大阪府守口市八雲東町2-47-12

電話 06(6906)9191      FAX 06(6906)9018

受付	公開設定	スキャナ	保管