

ゆけむり医療ネット（別府市医師会地域医療連携ネットワーク） 同意説明書

当院は、医療の質と安全性の確保のために別府市医師会が運営しているゆけむり医療ネット（別府市医師会地域医療連携ネットワーク）に参加しています。これは厚生労働省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おこなう為に、基幹病院等とかかりつけ医を接続して診療情報等を共有するものです。以下の主旨をよくご理解いただいた上で、同意することにご協力いただきたいと思います。

1. システムの目的

このシステムは、患者さん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基に治療法や予防対策を検討し、わかりやすく説明を行うことや基幹病院より回復期（リハビリ）医療機関等へ転院した場合の診療情報の照会など、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、薬の重複投与の防止、種々の検査データが施設間で共有され、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、患者さん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、あなたが同意書を渡した相手のうち、別府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. 同意を取りやめたいときは

このシステムの同意を取りやめたくなった場合には、いつでも中止することができます。その場合には、同意書を提出した際に受け取った同意撤回届でかかりつけ医もしくは別府市医師会事務局に申請して下さい。（下記参照）

5. 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思によります。このシステムについてかかりつけ医から説明を受け、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。もし、同意されなかった場合や途中で同意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、この同意説明書は各「かかりつけ医」ごとに記載して頂く必要があるもので、「かかりつけ医」の数に応じて、複数回、記載して頂く場合があります。

【各連絡先】

- ☐ 大分県厚生連鶴見病院 地域連携センター
〒874-8585 別府市大字鶴見 4333 番地 TEL 23-7208 FAX 0120-097-727（県内）or 23-7219
- ☐ 九州大学病院別府病院 地域医療連携室
〒874-0838 別府市大字鶴見字鶴見原 4546 TEL 27-2055 FAX 27-3008
- ☐ 新別府病院 地域医療連携室
〒874-0833 別府市大字鶴見 3898 番地 TEL（時間内）0120-023-012（時間外）22-0391 FAX 22-1151
- ☐ 西別府病院 地域連携室
〒874-0840 別府市大字鶴見 4548 TEL 24-1221 FAX 76-7231
- ☐ 別府医療センター 地域連携室
〒874-0011 別府市大字内かまど 1473 番地 TEL 67-1111 FAX 67-2306

お問い合わせ先：別府市医師会事務局 電話番号 0977-23-2277
FAX 0977-24-7664

ゆけむり医療ネット（別府市医師会地域医療連携ネットワーク） 同意撤回届

（同意書取得時に必要箇所に記載して患者さんへお渡しください）

☐ 大分県厚生連鶴見病院 ☐ 九州大学病院別府病院 ☐ 新別府病院
☐ 西別府病院 ☐ 別府医療センター 長 殿

私は下記のかかりつけ医から説明を受け、上記機関において別府市医師会地域医療連携ネットワークシステムに同意申請しておりましたが、同意について撤回します。

＜かかりつけ医記載欄＞（同意書取得時に記載してください）

かかりつけ医氏名： _____ ID 番号 _____

医療機関名（スタンプ可）

＜患者記載欄＞（同意を撤回する際に記載してください）

平成 年 月 日

明治・大正

氏 名： _____ 生年月日： _____ 昭和・平成 年 月 日 歳

住 所： _____

代理人の場合： _____ 続柄： _____

＜撤回書の提出はかかりつけ医もしくは下記別府市医師会事務局までお願い致します＞

社団法人大分県別府市医師会

〒874-0908 別府市上田の湯町 10 番 5 号 TEL 23-2277 FAX 24-7664

別府市医師会地域医療連携ネットワーク（ゆけむり医療ネット） 同意書

これからあなたを専門病院に診てもらえるように紹介いたします。

これは紹介先の病院で行った治療や検査の内容を当院でも見る（参照する）ことが出来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治療や検査の進行状況がわかり、退院後のあなたの治療や結果の説明に役立てることが出来ます。

※治療や検査の内容は、当院の医師以外が見ることはありません。また同意はいつでも別紙で撤回することが出来ます。

これから紹介する病院（連携医療機関） ☒を入れてください

- ☐ 大分県厚生連鶴見病院 ☐ 九州大学病院別府病院
☐ 新別府病院 ☐ 西別府病院 ☐ 別府医療センター

●紹介先の病院で私の検査結果や治療の内容を見ることに

☐ 同意します ☐ 同意しません

●今回の紹介先からさらに他の病院（共同診療連携先）に転院になった場合も同じように検査結果や治療の内容を見ることに

☐ 同意します ☐ 同意しません

今日の日付 年 月 日

名前（本人が署名してください）

ふりがな 性 別 男 ・ 女 （○印をしてください）

生年月日 明治・大正 年 月 日生
昭和・平成

住所

本人が書けない場合は代理人の方の名称 続柄

以下は紹介元医療機関で記入

平成 年 月 日

医療機関名（スタンプ可）

医師名（要自署）

紹介患者の ID 番号（自院のカルテ番号）

※この用紙を病診連携室に F A X、原本は紹介元医療機関で保管、コピーを患者さんに渡す