

# 地域連携ネットワークサービス 患者様への説明文書

## 1. システムの目的

このシステムは、患者様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するものです。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、わかりやすく説明を行い、質の高い安全な診療の提供を可能とすることにご協力いただきたいと思います。

## 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、より安全で質の高い診療を受けることができます。

## 3. 個人情報の安全確保

このシステムでは、患者様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) かかりつけ医や、参加施設において、患者様の同意を頂いた上でネットワークによる共有を開始します。
- (2) このシステムは、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいた技術で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. 参加をやめたいときは

このシステムの参加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、いつでもかかりつけ医に申し出てください。

## 5. 最後に

このシステムへの参加は、患者様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、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、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。なお、この同意説明書は参加機関が増えるごとに改めて記載していただく場合があります。お手数ですが、よろしく願いいたします。

※この利用同意書は、コピーを一部患者様本人にお渡しし、同意を得た医療機関にて保管するものとします。

＜このサービスの担当部署＞

サービスに関するお問い合わせは、以下までお願いいたします。

脳神経センター大田記念病院 地域医療連携室  
〒720-0825 広島県福山市沖野上町 3-6-28  
TEL：084-931-8650



tai-net



# 地域連携ネットワークサービス利用同意書

私は、『地域連携ネットワークサービス 患者様への説明文書』の説明を受け、十分に納得の上、登録の申請に同意しますので、手続きを進めてください。

開示施設 1 脳神経センター大田記念病院 (ID. \_\_\_\_\_)  
参加施設 2 \_\_\_\_\_ (ID. \_\_\_\_\_)  
参加施設 3 \_\_\_\_\_ (ID. \_\_\_\_\_)  
参加施設 4 \_\_\_\_\_ (ID. \_\_\_\_\_)  
参加施設 5 \_\_\_\_\_ (ID. \_\_\_\_\_)



tai-net



平成 年 月 日

患者氏名(自書) \_\_\_\_\_

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

\*親族氏名 \_\_\_\_\_

(患者との続柄) \_\_\_\_\_

注) \*印は患者様が未成年者又は記載不能の場合に記入して下さい。

注) 別紙説明書を参照願います。

---

## 説明事項

私は、ID: \_\_\_\_\_ 様に対して、  
地域連携ネットワークサービスにご加入いただくにあたり、その内容等について、  
別紙のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日

説明機関名: 脳神経センター大田記念病院

部署名: 地域医療連携室

担当者名: \_\_\_\_\_

注) 当院はひろしま医療情報ネットワーク (HMネット) へも参加しています。

「地域連携ネットワークサービス」へ参加いただくことで、HMネットを通じても診療情報の一部を参加機関へ情報開示します。

# 《診療予約依頼票》

祥和会 脳神経センター大田記念病院

地域医療連携室 行

TEL: 084-975-3900

FAX: 084-928-2769

(病院代表TEL: 084-931-8650)

受付時間 平日 8:30~17:30

土曜 8:30~12:30

＜ご依頼元医療機関＞

ご施設名			
ご担当医師名 (診療科)			
TEL:		FAX:	

## ■患者基本情報

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	
現住所	〒 -				
	自宅番号( ) -		携帯番号( ) -		
当院受診歴	有 ・ 無		現在貴院へ	外来通院中 ・ 入院中	
			旧姓( )		

## ■診療依頼(お手数ですが、完成後診療情報提供書のFAXをお願いいたします。)

診療科		科	希望診療日	第1希望	月	日
医師名				第2希望	月	日
				その他		
●持参検査結果	XP・CT・MRI・他( ) ※検査日:			年	月	日
●体内金属	有・無 (MRI対応 可・否)			※手術年:	年	
●心臓ペースメーカー	有・無 (MRI対応 可・否)			部位:		
<主訴又は病名>  <病状経過・現在の処方等>						

### 地域連携ネットワークサービスについて

広島地域のHMネット参加医療機関へ..... HMネットで大田記念病院の診療情報の開示を希望する。

岡山地域の晴れやかネット参加医療機関へ・ 晴れやかネットで大田記念病院の診療情報の開示を希望する。

救急診療のご依頼は、病院代表電話(084-931-8650)へ「救急依頼」とご連絡ください。

# 《検査予約依頼票》

祥和会 脳神経センター大田記念病院  
 地域医療連携室 行  
 TEL: 084-975-3900  
 FAX: 084-928-2769  
 受付時間 平日 8:30~17:30  
 土曜 8:30~12:30

＜ご依頼元医療機関＞

ご施設名			
ご担当医師名 (診療科)			
TEL:		FAX:	

## ■患者基本情報

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
現住所	〒 -				
	自宅番号( ) -		携帯番号( ) -		
当院受診歴	有 ・ 無		現在貴院へ	外来通院中 ・ 入院中 旧姓( )	

## ■検査依頼(※検査のみ当院で施行し検査結果・読影所見をお返します。貴院にて結果説明をお願いします。)

診断名			撮影目的				
希望日	第1希望	月 日	第2希望	月 日	その他 ( )		
※造影CT・MRI検査は午後からの検査です。							
妊娠の可能性	喘息	造影剤アレルギー	糖尿病	血清クレアチニン値			
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	[ ]mg/dl			
●体内金属	有 ・ 無 (MRI対応 可 ・ 否 )		※手術年:		年		
●心臓ペースメーカー	有 ・ 無 (MRI対応 可 ・ 否 )		部位:				
C T	<撮影種別>		<撮影部位>				
	単純 ・ 造影		頭部	内耳	副鼻腔	頸部	胸部
M R I	<撮影種別>		<撮影部位>				
	単純 ・ 造影		頭部	頸部	頸椎	胸椎	腰椎
核 医 学	<撮影種別>		<撮影部位>				
	脳血流SPECT定量(負荷なし)	腫瘍炎症シンチ(67-Ga)	骨シンチ				
骨 密 度	<撮影部位>		*人工骨頭 ( 無 ・ 右 ・ 左 )				
	腰椎正面+両大腿骨		*前回同検査より4ヶ月以上経過 ( している ・ していない )				
●妊娠の可能性がある方や、検査の10日以内にバリウムを使用した消化管検査、5日以内に造影剤を使用した検査をした場合は検査不可となります。必ずお申し出ください。							
●画像の出力 CD-R ・ フィルム ・ 他			●読影レポート 当日FAX ・ 翌日FAX ・ 郵送				

## 地域連携ネットワークサービスについて

広島地域のHMネット参加医療機関へ……………  HMネットで大田記念病院の診療情報の開示を希望する。

岡山地域の晴れやかネット参加医療機関へ………  晴れやかネットで大田記念病院の診療情報の開示を希望する。