



ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット) の構築と運営に係る趣意書

ひろしま医療情報ネットワーク (以下、HMネット) は、広島県と広島県医師会が構築し、運営する医療情報を取り扱うネットワークです。本ネットワークの目的は、HMネットに登録された患者様の生命と健康を守るために必要な医療情報を、HMネットに参加する病医院の医師や薬剤師をはじめとする医療従事者の間で共有し、患者様に安心・安全かつ均質な医療を効率的に提供することにあります。

運用にあたり、本趣旨に賛同し、裏面の「個人情報の取り扱いについて」の内容をご理解いただいた患者様には、広島県で唯一の医療専用ID番号であるHMナンバーと、そのナンバーが格納されたHMカードを発行します。このHMナンバーにより、患者様個々の医療情報がネットワーク上で一元的に管理され、必要に応じてご本人の同意の下、関連する医師や医療従事者に開示されます。

ただし、救急や災害時に、意識混濁や意識不明等の理由で、ご本人の同意を得ることができない場合には、ご本人の同意を得ることなく救急隊や救急医等に医療情報が開示されることもあります。

上記 HM ネットの構築と運営の趣旨にご賛同いただき、ぜひとも HM ネットに登録いただきますようお願い申し上げます。

なお、HM ネットへの登録後、何らかの理由で登録の抹消を希望される場合は、下欄の「HM ネット登録抹消希望届出書」に必要事項を記入の上、広島県医師会事務局に提出してください。

HMネット登録抹消希望届出書

一般社団法人 広島県医師会
ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)

代表者 松 村 誠 殿

私は、HMネットへの登録の抹消を希望いたします。

登録抹消希望理由
(必須ではありません)

西暦 年 月 日

フリガナ
本人署名

代理人署名 続柄()

住所

FAX送信先

082-568-2112

広島県医師会 HMネット事務局

〒732-0057 広島市東区二葉の里 3-2-3

※必要事項を記入の上、HMネット事務局までFAXあるいは郵送にて提出して下さい。

※ご本人が自署困難な場合は、代理人の署名で有効とします。

※HMカードはハサミで裁断し、破棄して下さい。

個人情報の取り扱いについて

§ HM ネット 個人情報保護方針（プライバシーポリシー）

HM ネットではご利用いただく皆様により良い医療を受けていただくため、個人情報のご提供をいただいております。皆様よりご提供いただく個人情報は、心身の状況にふれるものであり、プライバシーの保護等において特段の配慮がなされなければなりません。HM ネットでは個人情報の適切な保護と管理のため、本方針を定め確実な運用に努めます。

1. HM ネットでは、「広島県個人情報保護条例」に基づき、保有する個人情報を適切に保護、管理し、皆様により良い医療を提供する目的以外で使用することはいたしません。
2. HM ネットでは、必要かつ適切なセキュリティ対策を講じることにより、取扱う個人情報の漏えい、滅失、き損の防止及び是正に努めます。
3. HM ネットでは、個人情報の取扱い及び管理方法に関する皆様からの苦情やお問い合わせに対し誠意を持って対応いたします。

§ HMネットにおける個人情報の取り扱いについて

1. 個人情報の利用目的
HM ネットに参加している施設の医療従事者が皆様の診療情報を共有し、安心・安全な医療と福祉を効率的に提供することを目的として、皆様の個人情報を利用します。
2. 個人情報の取得範囲
HM ネットでは、HMネットの構築と運営の趣旨に同意された皆様の氏名・性別・住所などの他、診療・看護及び皆様の医療に係る範囲において個人情報を取得します。
3. 個人情報の第三者への提供
あらかじめご本人の同意をいただくことなく、HMネット参加施設以外の者に皆様の個人情報を提供することはいたしません。ただし、人命や人権を保護するために緊急を要する場合、または司法機関・警察などの公共機関による法令に基づく要請に協力する場合、その他法令に従う場合には、皆様にお断りすることなく情報を開示することがあります。
4. 個人情報の管理について
HM ネットでは、ご提供いただいた個人情報を紛失、き損することのないよう厳重なデータ管理を実施します。またユーザーID、パスワードを取得した医療従事者のみアクセス可能な環境下に保管し、第三者に漏えい、または外部から改変されることのないよう、厳重なセキュリティ管理を実施します。
5. 個人情報の訂正・追加・利用停止・削除請求への対応
皆様の個人情報について、訂正・追加・利用停止・削除などを希望される場合には、HMネットの規定に従い誠実に対応させていただきます。その際ご本人であることを確認するための書類をご提示いただくことがあります。

HMネットへの登録と医療情報管理委託に関する同意記録簿（自院名）

年 月日	私はHMネットの構築・運営に係る趣意書（HM趣-001）に記されている趣旨に賛同し、HMネットへの登録（HMナンバーの発行・HMカードの発行）を希望するとともに、私に関する医療情報がHMネット内で管理されることに同意します。 フリガナ 氏名 続柄 代理 () 生年月日 西暦・大・昭・平・令 年 月 日 住 所
年 月日	私はHMネットの構築・運営に係る趣意書（HM趣-001）に記されている趣旨に賛同し、HMネットへの登録（HMナンバーの発行・HMカードの発行）を希望するとともに、私に関する医療情報がHMネット内で管理されることに同意します。 フリガナ 氏名 続柄 代理 () 生年月日 西暦・大・昭・平・令 年 月 日 住 所
年 月日	私はHMネットの構築・運営に係る趣意書（HM趣-001）に記されている趣旨に賛同し、HMネットへの登録（HMナンバーの発行・HMカードの発行）を希望するとともに、私に関する医療情報がHMネット内で管理されることに同意します。 フリガナ 氏名 続柄 代理 () 生年月日 西暦・大・昭・平・令 年 月 日 住 所
年 月日	私はHMネットの構築・運営に係る趣意書（HM趣-001）に記されている趣旨に賛同し、HMネットへの登録（HMナンバーの発行・HMカードの発行）を希望するとともに、私に関する医療情報がHMネット内で管理されることに同意します。 フリガナ 氏名 続柄 代理 () 生年月日 西暦・大・昭・平・令 年 月 日 住 所

HMネット新規登録（HMナンバー発行）・開示設定依頼書

年 月 日

病院

HMネット担当者 様

貴院受診中の下記患者様はHMネットへの参加に同意を頂き、また、私が貴院の診療情報を参照することにも同意を頂いています。

つきましては、HMネットへの新規登録（HMナンバー発行）と私に対する閲覧許可患者一覧への追加をお願いいたします。

患者氏名 (可能なら自署)	
カンジャシメイ	
性別	男 ・ 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日
住所（詳細番地不要）	
当院 I D	

※患者氏名は可能であれば自署、依頼医療機関 I D は医療機関で記入、他は記入者の指定なし

医療機関名

開示依頼医師

既存HMナンバーへの名寄せ・開示設定依頼書

年 月 日

病院

HMネット担当者 様

貴院受診中の下記患者様はすでにHMネットに参加しておられ、私が貴院の診療情報を参照することにも同意を頂いています。

つきましては、既存HMナンバーに対する貴院の名寄せと私に対する閲覧許可患者一覧への追加をお願いいたします。

患者氏名 (可能なら自署)	
カンジャシメイ	
性別	男 ・ 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日
住所（詳細番地不要）	
当院 I D	

※患者氏名は可能であれば自署、依頼医療機関 I D は医療機関で記入、他は記入者の指定なし

医療機関名

開示依頼医師

HMカード印刷発行依頼書

____年 ____月 ____日

HMネット参加薬局 HMネット担当者様

診療情報開示病院 HMネット担当者様

この依頼書を持参された 患者 様 は
HMネットへの参加に同意され、すでにHMネットに登録（採番）されて
いますがHMカードは未発行（未印刷）の状態です。

つきましては、ご本人を確認の上、HMカードを印刷・発行していただき、
併せて「HMネット登録内容のお知らせ」をお渡しくださいますようお願いい
たします。

また、保険証、マイナンバーカード、資格確認証等を持参されていれば、
それらの券面情報を隠さない位置に「ぽぽじろーシール」  を貼付して
ください。本シールは患者様がHMネットに登録されているか否かの目安にな
ります。

まことにご面倒なお願いで恐縮ですが、何卒よろしくお願い
申し上げます。

医療機関

依頼医師