

開示病院への診療情報の開示要請の方法

1. HMネット未登録者(HMカード未保有者)の場合

- ① 患者に『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』を手渡し、HMネットに関する説明を行い、HMネット登録の同意を取得し、『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』、または『HMネットへの登録と医療情報管理委託に関する同意書』にサインを頂く。

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)
文書管理番号 (HM趣-001)



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

※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カードはハガキで裁断し、破棄して下さい。

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

HMネット構築と運営に係る趣意書

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 (病院)

年 月 日	私はHMネットの構築・運営に関する趣意書 (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。
同意取得者	フリガナ 氏 名 代理 ()
備考	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・運営に関する趣意書 (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。
同意取得者	フリガナ 氏 名 代理 ()
備考	生年月日 西暦・大・昭・平・令 年 月 日 住 所

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

または HMネットへの登録と医療情報管理委託に関する同意書

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)
文書管理番号 (HM同-007)

HMネットへの登録と医療情報管理委託に関する同意書

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。

同意年月日 年 月 日

フリガナ 氏 名

代理 続柄 ()

生年月日 西暦・大・昭・平・令 年 月 日

② 『HMネット新規登録(HMナンバー発行)・開示設定依頼書』に必要事項を記入し、開示病院のHM担当部署へFAX。

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。

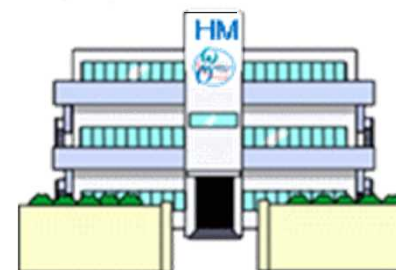
つきましては、HMネットへの新規登録(HMナンバー発行)と私に対する閲覧許可患者一覧への追加をお願いいたします。

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ID	

※患者氏名は可能であれば自署、依頼医療機関ID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 _____



診療情報開示病院
HMネット担当部署

診療情報開示病院側の対応

- ・ 患者氏名、シメイ、性別、生年月日、住所等を入力し、患者をHMネットに新規登録(HMナンバー発行)
- ・ HMナンバーに自院を名寄せ
- ・ 開示依頼医師の閲覧許可患者一覧へ当該患者を追加

HMネット新規登録(HMナンバー発行)・開示設定依頼書

- ③ 患者にHMネット登録手続きが完了し、対象開示病院の診療情報を参照できるようになったことを告げると同時に、『HMカード印刷発行依頼書』を手渡し、HMネット参加薬局または対象開示病院のHMネット担当部署に持参・提示し、HMカードを受け取るように説明。できればHMカードを保有することのメリットも説明。

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。

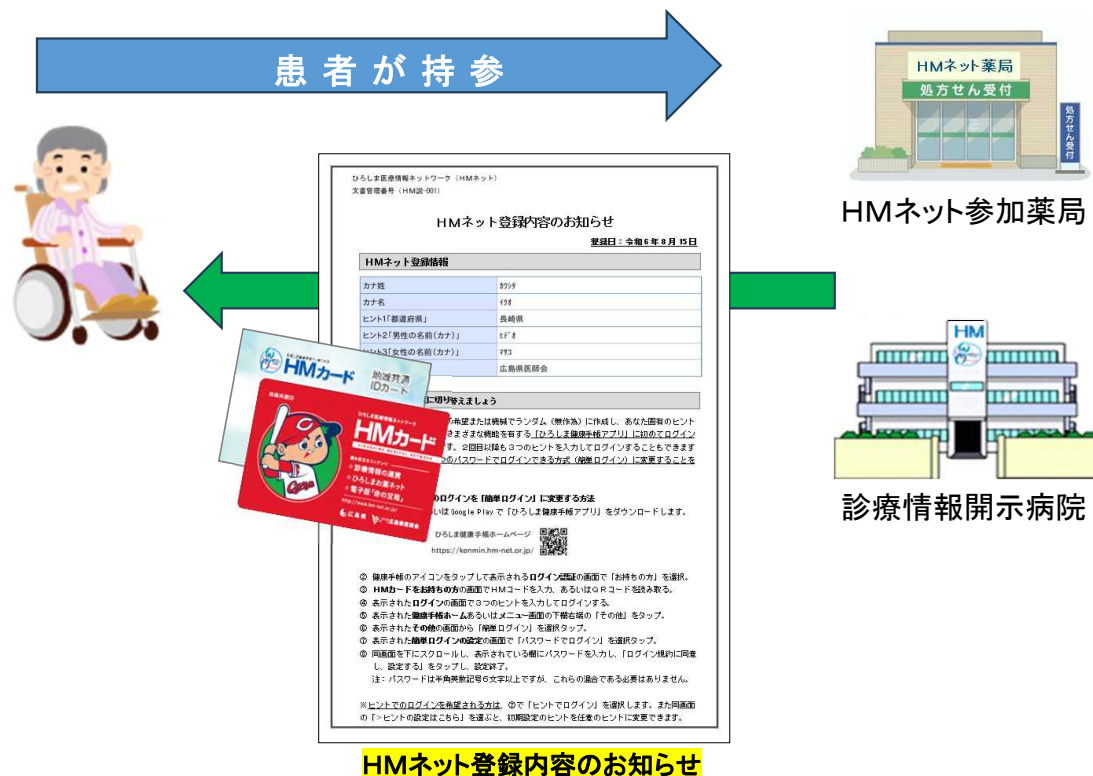
つきましては、ご本人を確認の上、HMカードを印刷・発行していただき、
 併せて「HMネット登録内容のお知らせ」をお渡しくださいますようお願いい
 たします。

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 _____

HMカード印刷発行依頼書



HMカードの印刷発行を依頼された薬局や開示病院の対応

- ・ 患者氏名、シメイ、性別、生年月日、住所等を参考にHMナンバーを検索
- ・ HMカードを印刷し、『HMネット登録内容のお知らせ』と一緒に手渡し
- ・ 保険証、マイナンバーカード、資格確認証等に『ぽぽじろーシール』貼付

※ シールプリンターを設置されている医療機関では、自院でも簡単にHMカードを印刷することができます。
 自院で印刷発行していただければ、以上のプロセスは不要です。

開示病院への診療情報の開示要請の方法

2. HMネットにすでに登録されている患者(HMカード保有者)の場合

①『既存HMナンバーへの名寄せ・開示設定依頼書』に必要事項を記入し、開示病院のHM担当部署へFAX。

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 _____	



診療情報開示病院
HMネット担当部署

診療情報開示病院側の対応

- ・患者氏名、シメイ、性別、生年月日、住所等を参考にHMナンバーを検索
- ・HMナンバーに対して自院を名寄せ
- ・開示依頼医師の閲覧許可患者一覧へ当該患者を追加

既存HMナンバーへの名寄せ・開示設定依頼書