

HMネット 参照施設における患者同意取得について

◆ 呉共済病院

同意書・名寄せ依頼書送信先

地域医療連携室直通 FAX 番号：0823-22-2116

お問い合わせ窓口

呉共済病院地域医療連携室 小出様

代表電話番号：0823-22-2111

❖ 発行依頼施設様へのお願い ❖

「HMカード発行申請書・医療情報管理委託同意書」は、HMネット事務局にて保存・管理する運用となっております。

恐れ入りますが、発行日より60日以内に、下記までご送付いただきますようお願い申し上げます。

なお、部数をまとめてお送りいただきましても差し支えはございません。

<送付先> 〒732-0057 広島市東区二葉の里 3-2-3

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事務局 宛

電話：082-568-1511

ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）参加同意説明書

当施設は、広島県と広島県医師会が共同で運営している「ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）」に参加しています。HMネットは、基幹病院とかかりつけ医の間を専用の回線で結び、診療情報を共有することにより診療に役立てる医療連携ネットワークです。患者さんの同意のもと、診察や検査などから得られた多くの情報を元に安全で質の高い医療を行います。以下の主旨をご理解いただき、HMネットを利用することに同意のうえ、当施設が 呉共済病院 の診療情報を参照することにご協力ください。

1. 患者さんにメリットがあります

HMネットに利用することで、基幹病院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、薬の重複投薬の防止、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受けることができます。

2. 個人情報は固く守られています

HMネットでは、患者さんの医療情報を守るための対策を講じています。

- (1) HMネットにアクセスできるのは、患者さんが同意した施設に所属する医療職員で、かつ、ID・パスワードを取得したものに限りです。
- (2) 医療情報は、専用の回線を使うため、外部からの不正な侵入を防ぎます。

3. 利用はいつでもやめられます

HMネットの利用をやめたいときは、患者さんの意思でいつでも中止することができます。その際は、同意撤回届をHMネット参加施設へ提出してください。

HMネットの利用は、患者さん本人の自由な意思によります。説明を受けて、目的や意義、安全性の確保などに納得された方のみ利用の同意をいただいております。利用されなかった場合や途中で利用を中止した場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

〈お問い合わせ先〉

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 事務局

〒732-0057 広島市東区二葉の里 3-2-3

TEL:082-568-2117 / FAX:082-568-2112

E-mail : info@hm-net.or.jp

ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)
HMカード発行・名寄せ (患者登録) 依頼書

開示施設名

呉共済病院 院長殿

私は、私の医療情報が下記の医療機関で活用されることに許可します。

<患者さま記入欄>

HMカードを新規に取得する

→HMカード発行申請書・医療情報管理委託同意書をご記入ください。

すでにHMカードを持っている

→下記の情報のみご記入ください。

年 月 日

名前 (カナ)	
名前 (漢字) 性別	男 ・ 女
生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日
HMコード(7桁)	
開示病院の患者 ID 番号	

<医療機関記入欄>

医療機関名			
説明担当者			
TEL		FAX	

<開示施設記載欄>

担当者名	
TEL	

設定完了
日付 /

※情報開示設定完了後、右の「設定完了」に日付、担当者名・TEL をご記入の上、依頼施設へFAXを返送してください。



HMカード発行申請書・医療情報管理委託同意書

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)
代表者 松村 誠 殿

私は、ひろしま医療情報ネットワーク(以下HMネット)に参加している医療提供施設の医療情報のうち、私の生命と健康を守るために必要な情報^{注)}が、裏面のHMネット個人情報保護方針に基づき、HMネットで集約・管理され、必要に応じて私の同意の下、HMネットに参加する医療提供施設の医師あるいは医療従事者に開示されることに同意し、HMカードの発行を申請します。

注) HMカードは、複数の病医院の診療情報、お薬情報、在宅医療情報、救急・災害時対策情報など、医療に関連した様々な情報をひとつにつなぐための重要なカードです。

※HMネット個人情報保護方針に同意する (✓をして下さい)

西暦 年 月 日

本人署名

後見人署名

発行施設名 呉共済病院

※本人が自署困難な場合は後見人の署名で有効とします

電話番号:

メールアドレス:

カード種類: 通常(青) カーブ

受取希望施設:

受取希望日: 年 月 日

◇HMカード用登録情報

氏名(カナ)			
氏名(漢字) 性別	男・女		
生年月日	明大昭平令 年 月 日		
ヒント* (カタカナ)	県名または国名	1	
	男性のナマエ	2	
	女性のナマエ	3	
現住所	〒 -		

※ヒントはHMカードを携行されていない場合や救急・災害時にあなたを特定するための重要な情報になります。尋ねられたら常に同じ回答ができる記憶しやすいものに決めておいて下さい。(生まれた都道府県名または国名、お父さん、お母さん、兄弟姉妹、配偶者等のナマエなど)



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 ネットは、同意書のご提出を前提として、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。