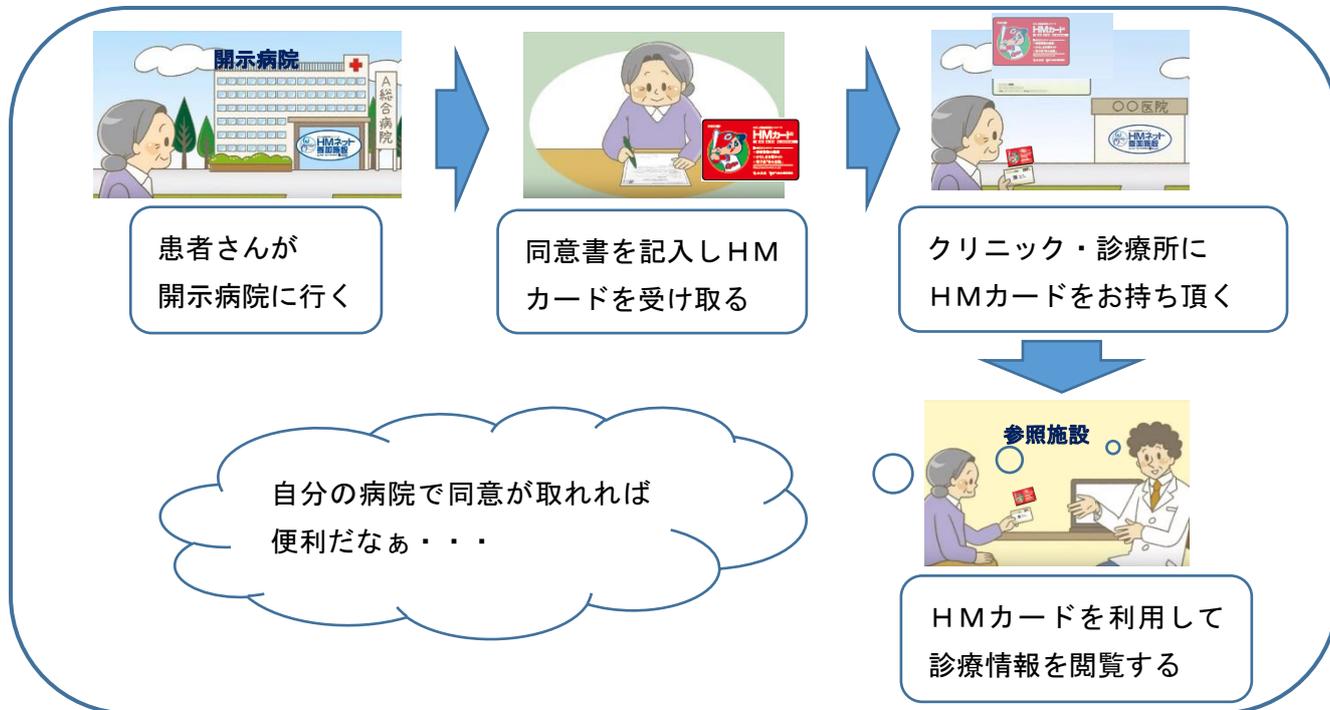


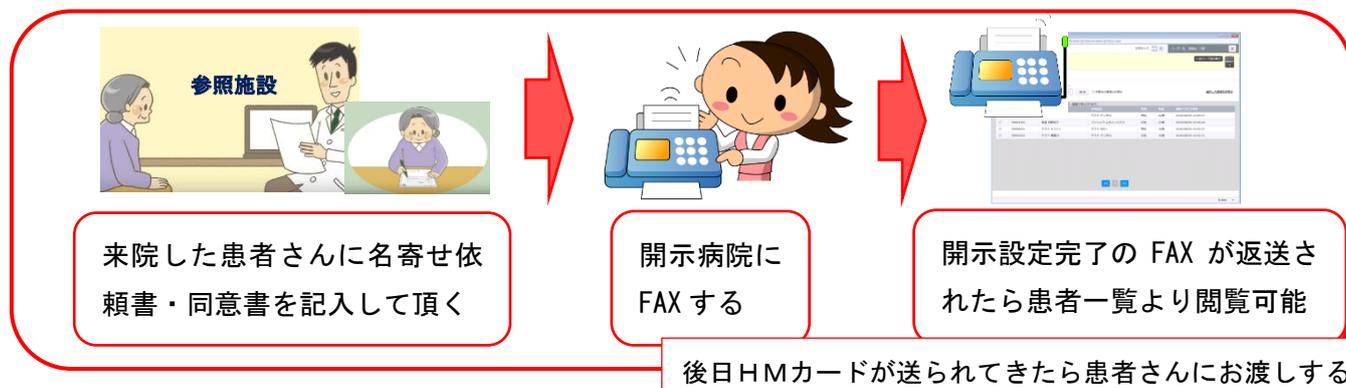
HMネット 参照施設における患者同意取得について

HMネットでは患者様が開示病院にてHMカードを発行、名寄せを行っていただく必要がございましたが、一部の開示病院において参照施設にて患者同意を取得して運用できるようになりました。

➤ 開示施設にて同意取得する場合



➤ 参照施設にて同意取得する場合



※参照施設で対象の開示病院に通われている患者さんの同意を取る為、患者さんが開示病院でHMカードを作ってくる手間が省け、設定完了のFAXが届くとHMカードがなくてもすぐに患者一覧画面から診療情報を閲覧することができます。紹介患者さんにおいては、開示病院入院前にHMカードを作っておくと、入院中の患者さんの経過観察をすることが可能となります。

詳しい運用手順は別紙「HMネット 参照施設における患者同意取得・参照手順」に記載しておりますので、ご活用頂けますようお願い致します。

◆ お問い合わせ ◆

HMネットサポートセンター TEL : 0829-30-0745

【受付時間】9:00~17:45 (土日祝日を除く)

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事務局

〒732-0057 広島市東区二葉の里三丁目2番3号

HMネット 参照施設における患者同意取得・参照手順

クリニック・診療所にて



開示病院にて



HMネットポータルサイトの他院診療情報で、該当病院から「HMカード患者同意取得書類」をダウンロードする
(HMネットホームページの各種申請書からも可能です)



①見本を参考に参加同意説明書に開示病院名を記入し患者様にご説明（よく利用される病院は記入後コピーしてご利用下さい）



②見本を参考に下記の書類を記入して頂き、開示病院にFAXする

- HMカードを新規で登録する方
 - ・「HMカード発行・名寄せ（患者登録）依頼書」
 - ・「HMカード発行申請書・医療情報管理委託同意書」
- 既にHMカードを持っている方
 - ・「HMカード発行・名寄せ（患者登録）依頼書」のみ

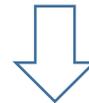
FAXを受け取る



・HMカード発行（又は名寄せ）
・開示設定



開示施設記載欄・設定完了日付を記載した「依頼書」を同意取得医療機関にFAXする

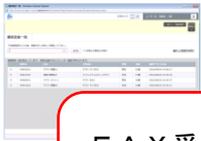


HMカードを発行した場合は、参照施設にHMカードを郵送する

FAX受け取り後、カードレス開示（患者一覧）の機能より診療情報を参照可能となる

新規発行された患者様にHMカードを渡す

・同意書の原本を広島県医師会に郵送（2ヶ月に一度程度）
・HMカード発行・名寄せ依頼書は病院にて管理



見 本

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_____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、**参照先の病院名を記入して患者様にご説明** 診療の経過やその効果などについて、より詳し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

①に参照先の病院名を記入して下さい。

HMカードをお持ちでない方・・・

② にチェックを入れ、④と⑥を記入。(⑤は記入不要)
別紙「HMカード発行申請書・医療情報管理委託同意書」を記入し、
本依頼書と2枚をFAXする。

HMカードをお持ちの方・・・

③にチェックを入れ、④、⑤、⑥を記入し本依頼書1枚のみをFAXする。

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

見本

① 参照先の病院名を記入

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>

- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 日付

2019年 11月 11日

名前 (カナ)	ヒロシマ ハナコ
	男・女
⑤ 患者さんの情報を記入 (HMカードをお持ちでない方は記入不要)	
	5年 5月 5日
HMコード(7桁)	8CQC DG3
開示病院の患者 ID 番号	12334566 (分かれれば開示病院の診察券番号を記入)

<医療機関記入欄>

医療機関名	HMネット病院
説明担当者	⑥ 自院の情報を記入 (先に記入してコピーを取ってのご利用をおすすめします。)
TEL	082-1

<開示施設記載欄>

担当者名	・設定完了の日付が入った FAX が返送されたら閲覧可能。 ・HMカードは後日届いたら患者さんにお渡し下さい。 ・同意書がある場合は広島県医師会に郵送して下さい。 (2か月に1度程度)	設定完了
TEL		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。

同意書の記入について



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)

見本

本人が署名できない場合、
後見人が本人署名を行い、
後見人署名欄に後見人の
署名を行ってください

ク(以下HMネット)に参加している医療提供施設の
るために必要な情報^{注)}が、裏面のHMネット個人情
約・管理され、必要に応じて私の同意の下、HMネ
るいは医療従事者に開示されることに同意し、HM

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 2020 年 3 月 1 日

電話番号: _____

本人署名 HMネット 次郎

メールアドレス: _____

後見人署名 HMネット 花子

カード種類: 通常(青) カーブ

受取希望施設: _____

赤枠の項目をご記入ください

◇HMカード用登録情報

氏名(カナ)	エイチエムネット ジロウ		
氏名(漢字) 性別	HMネット 次郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日	明大昭 <input checked="" type="radio"/> 平 令	11年	11月 1日
ヒント* (カタカナ)	県名または国名	1	広島県
	男性のナマエ	2	タロウ
	女性のナマエ	3	ハナコ
現住所	〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-3		

ヒントは出身地、ご両親の名前等、忘れにくいものをご指定ください。