

# 『茅ヶ崎寒川はまおりネット』利用説明書・承諾書

## 1 目的

茅ヶ崎寒川地域の医療関係機関等で患者様の情報を共有することにより効率の良い医療を提供することを目的としたシステムで、茅ヶ崎寒川地域 ICT システム構築モデル事業運営協議会が運営し、茅ヶ崎寒川地域の複数の医療機関等が参加しております。

## 2 概要

### (1) 期待される点

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』は患者様の情報がより迅速かつ正確に相手方に伝わるため、円滑な医療の提供に役立つほか、重複投薬や重複検査などの無駄を省くことも期待でき、患者様にとっても医療関係機関等にとってもメリットがあります。

### (2) 共有する情報

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』で共有利用する情報は、以下のとおりです。

基本情報として、患者様の①氏名②年齢③性別④住所⑤電話番号⑥疾患名（疑い病名を含む）⑦既往歴⑧家族歴等

医療情報として、医療機関等で所有する①検査データ②画像データ③処方内容④退院時要約⑤看護要約⑥各種レポート⑦地域連携パス等

### (3) 情報を共同利用する機関

これらの情報は、茅ヶ崎寒川地域の内科医療機関、歯科医療機関、調剤薬局、介護施設、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、茅ヶ崎市、寒川町等で共有します。ただし、利用する機関の範囲は、患者様の希望される機関に制限することができます。具体的な医療機関等名のリストは増減することがあります。

### (4) 個人情報の取扱い方針について

患者様からお預かりした個人情報については、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』個人情報保護方針』及び『茅ヶ崎寒川はまおりネット』利用規約』に基づき、厳重に管理します。

### (5) 個人情報の開示や削除などの手続きについて

患者様の個人情報について、開示・訂正・消去などを希望される場合は、下記の協議会事務局へお申し出ください。また、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』の利用を止めたいときには、いつでも辞退することができますので、協議会事務局までお申し出ください。

### (6) 費用について

患者様に対して『茅ヶ崎寒川はまおりネット』への参加に係る費用を請求することはありません。なお、開示請求の場合は、実費のみご負担いただきます。

## 3 『茅ヶ崎寒川はまおりネット』に関する問い合わせ先

茅ヶ崎寒川地域 ICT システム構築モデル事業運営協議会事務局（茅ヶ崎医師会内）

〒253-0044 茅ヶ崎市新栄町 13-32

TEL: 0467-87-2731 FAX: 0467-86-9401

私は、左記の説明を理解し、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』を利用することに同意いたしました。つきましては、下記のとおり回答いたします。

1. 私の情報を共有する医療機関等は次のとおりです。(どちらかの□に✓を記入)

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』に参加する全ての医療機関等

下記の医療機関等のみ(下線部に名称を記入、欄が不足の場合は追加可)

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_

④ \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_ ⑥ \_\_\_\_\_

2. 救急時など、私の意思確認が困難な場合で、かつ、私の診療上有益な場合は、上記で指定した医療機関以外でも情報の利用を認めます。(どちらかの□に✓を記入)

はい

いいえ

3. これまでに、この承諾書を提出したことはありません。(どちらかの□に✓を記入)

はい

いいえ

年 月 日

患者本人

性別 男・女 生年月日 西暦 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

家族(続柄: )

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

※ 患者本人もしくは家族、または両者の署名をお願いいたします。

担当医師 氏名 \_\_\_\_\_

# 『茅ヶ崎寒川はまおりネット』利用説明書・承諾書

## 1 目的

茅ヶ崎寒川地域の医療関係機関等で患者様の情報を共有することにより効率の良い医療を提供することを目的としたシステムで、茅ヶ崎寒川地域 ICT システム構築モデル事業運営協議会が運営し、茅ヶ崎寒川地域の複数の医療機関等が参加しております。

## 2 概要

### (1) 期待される点

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』は患者様の情報がより迅速かつ正確に相手方に伝わるため、円滑な医療の提供に役立つほか、重複投薬や重複検査などの無駄を省くことも期待でき、患者様にとっても医療関係機関等にとってもメリットがあります。

### (2) 共有する情報

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』で共有利用する情報は、以下のとおりです。

基本情報として、患者様の①氏名②年齢③性別④住所⑤電話番号⑥疾患名（疑い病名を含む）⑦既往歴⑧家族歴等

医療情報として、医療機関等で所有する①検査データ②画像データ③処方内容④退院時要約⑤看護要約⑥各種レポート⑦地域連携パス等

### (3) 情報を共同利用する機関

これらの情報は、茅ヶ崎寒川地域の内科医療機関、歯科医療機関、調剤薬局、介護施設、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、茅ヶ崎市、寒川町等で共有します。ただし、利用する機関の範囲は、患者様の希望される機関に制限することができます。具体的な医療機関等名のリストは増減することがあります。

### (4) 個人情報の取扱い方針について

患者様からお預かりした個人情報については、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』個人情報保護方針』及び『茅ヶ崎寒川はまおりネット』利用規約』に基づき、厳重に管理します。

### (5) 個人情報の開示や削除などの手続きについて

患者様の個人情報について、開示・訂正・消去などを希望される場合は、下記の協議会事務局へお申し出ください。また、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』の利用を止めたいときには、いつでも辞退することができますので、協議会事務局までお申し出ください。

### (6) 費用について

患者様に対して『茅ヶ崎寒川はまおりネット』への参加に係る費用を請求することはありません。なお、開示請求の場合は、実費のみご負担いただきます。

## 3 『茅ヶ崎寒川はまおりネット』に関する問い合わせ先

茅ヶ崎寒川地域 ICT システム構築モデル事業運営協議会事務局（茅ヶ崎医師会内）

〒253-0044 茅ヶ崎市新栄町 13-32

TEL: 0467-87-2731 FAX: 0467-86-9401

②医療機関控

私は、左記の説明を理解し、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』を利用することに同意いたしました。つきましては、下記のとおり回答いたします。

1. 私の情報を共有する医療機関等は次のとおりです。(どちらかの□に✓を記入)

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』に参加する全ての医療機関等

下記の医療機関等のみ(下線部に名称を記入、欄が不足の場合は追加可)

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_

④ \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_ ⑥ \_\_\_\_\_

2. 救急時など、私の意思確認が困難な場合で、かつ、私の診療上有益な場合は、上記で指定した医療機関以外でも情報の利用を認めます。(どちらかの□に✓を記入)

はい

いいえ

3. これまでに、この承諾書を提出したことはありません。(どちらかの□に✓を記入)

はい

いいえ

年 月 日

患者本人

性別 男・女 生年月日 西暦 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

家族(続柄: )

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

※ 患者本人もしくは家族、または両者の署名をお願いいたします。

担当医師 氏名 \_\_\_\_\_

# 『茅ヶ崎寒川はまおりネット』利用説明書・承諾書

## 1 目的

茅ヶ崎寒川地域の医療関係機関等で患者様の情報を共有することにより効率の良い医療を提供することを目的としたシステムで、茅ヶ崎寒川地域 ICT システム構築モデル事業運営協議会が運営し、茅ヶ崎寒川地域の複数の医療機関等が参加しております。

## 2 概要

### (1) 期待される点

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』は患者様の情報がより迅速かつ正確に相手方に伝わるため、円滑な医療の提供に役立つほか、重複投薬や重複検査などの無駄を省くことも期待でき、患者様にとっても医療関係機関等にとってもメリットがあります。

### (2) 共有する情報

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』で共有利用する情報は、以下のとおりです。

基本情報として、患者様の①氏名②年齢③性別④住所⑤電話番号⑥疾患名（疑い病名を含む）⑦既往歴⑧家族歴等

医療情報として、医療機関等で所有する①検査データ②画像データ③処方内容④退院時要約⑤看護要約⑥各種レポート⑦地域連携パス等

### (3) 情報を共同利用する機関

これらの情報は、茅ヶ崎寒川地域の内科医療機関、歯科医療機関、調剤薬局、介護施設、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、茅ヶ崎市、寒川町等で共有します。ただし、利用する機関の範囲は、患者様の希望される機関に制限することができます。具体的な医療機関等名のリストは増減することがあります。

### (4) 個人情報の取扱い方針について

患者様からお預かりした個人情報については、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』個人情報保護方針』及び『茅ヶ崎寒川はまおりネット』利用規約』に基づき、厳重に管理します。

### (5) 個人情報の開示や削除などの手続きについて

患者様の個人情報について、開示・訂正・消去などを希望される場合は、下記の協議会事務局へお申し出ください。また、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』の利用を止めたいときには、いつでも辞退することができますので、協議会事務局までお申し出ください。

### (6) 費用について

患者様に対して『茅ヶ崎寒川はまおりネット』への参加に係る費用を請求することはありません。なお、開示請求の場合は、実費のみご負担いただきます。

## 3 『茅ヶ崎寒川はまおりネット』に関する問い合わせ先

茅ヶ崎寒川地域 ICT システム構築モデル事業運営協議会事務局（茅ヶ崎医師会内）

〒253-0044 茅ヶ崎市新栄町 13-32

TEL: 0467-87-2731 FAX: 0467-86-9401

③患者 控

私は、左記の説明を理解し、『茅ヶ崎寒川はまおりネット』を利用することに同意いたしました。つきましては、下記のとおり回答いたします。

1. 私の情報を共有する医療機関等は次のとおりです。(どちらかの□に✓を記入)

『茅ヶ崎寒川はまおりネット』に参加する全ての医療機関等

下記の医療機関等のみ(下線部に名称を記入、欄が不足の場合は追加可)

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_

④ \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_ ⑥ \_\_\_\_\_

2. 救急時など、私の意思確認が困難な場合で、かつ、私の診療上有益な場合は、上記で指定した医療機関以外でも情報の利用を認めます。(どちらかの□に✓を記入)

はい

いいえ

3. これまでに、この承諾書を提出したことはありません。(どちらかの□に✓を記入)

はい

いいえ

年 月 日

患者本人

性別 男・女 生年月日 西暦 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

家族(続柄: )

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

※ 患者本人もしくは家族、または両者の署名をお願いいたします。

担当医師 氏名 \_\_\_\_\_