

ひろしま医療情報ネットワーク

福山市医師会「地域健康情報ネットワーク」参加同意書(個人)

ひろしま医療情報ネットワーク 運営主体 代表者 平松 恵一 殿
福山市医師会「地域健康情報ネットワーク」運営主体 殿

私は、参加案内書(裏面「個人情報取り扱いについて」)により説明を受け、以下の事項に同意し、「HMカード」の発行を申請します。また、私は参加案内書と本同意書の控えを受け取りました。

1. 事業参加・公開の同意

私は、「ひろしま医療情報ネットワーク」に接続されている、福山市医師会「地域健康情報ネットワーク」に参加している医療機関等(別紙)で医療サービスを受けたときは、そこで発生した診療情報を、ひろしま医療情報ネットワークを利用して福山市医師会「地域健康情報ネットワーク」運営主体が一元的に収集・管理することに同意します。

2. 共同診療閲覧同意

私の意思で「HMカード」を提示をした場合に、私に対する医療サービスを目的として、別紙「参加医療機関」の医療従事者が閲覧することに同意します。

3. 例外的な閲覧に関する同意

以下の例外的な閲覧についても同意します。

- (1)個人の特定・紐付(特定の情報と別の情報を相互に結び付ける)のためにあなたの個人情報を参照する場合において、あなたの氏名、住所、性別、生年月日、カルテ番号を、福山市医師会「地域健康情報ネットワーク」運営主体のシステム利用権限を有する者が閲覧すること
- (2)あなたが、意識不明になるなど意志表示ができない場合であって、生命または身体を保護するために救急に医療上の処理が必要な場合において、あなたの「HMカード」を使用して、(1)において閲覧可能な情報に加え、過去医療サービスを受けた参加医療機関名、病歴、アレルギー情報、検査情報、処置・薬剤歴、その他救急処置に必要な情報を、救急処置に従事する医師が閲覧すること(病歴、アレルギー情報、処置、薬剤情報公開は平成26年度以降)
- (3)システム管理上やむを得ない場合においてシステム管理者がデータ閲覧すること

4. 公開開始設定日

どちらか一方のみチェックを入れてください。

- HMカード発行時に、過去1年間の診療情報を公開することを希望します。
HMカード発行時以降の診療情報を公開することを希望します。
※チェックが無い場合は、HMカード発行時以降の診療情報を公開します。

5. HMカード発行について

すでに、他施設の診療開示カードを持っており、今回の発行は

- ラベルのみで良い ※ラベルのみの場合は✓をして下さい

6. 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に同意する。 ※✓をして下さい

<住民・患者さん記載欄>

平成 年 月 日

氏名: _____ 男・女 (自署)

(代理人記載の場合: 代理人氏名 _____ 続柄: _____)

2枚複写で参加機関及び本人保管

参加同意書(または撤回書)をご提出後、速やかに処理いたしますが、システムに反映するまでに一定の時間を要する場合がありますので予めご了承ください。