

# 「HMカード」登録用紙

新規発行 再発行  
かかりつけ医追加 情報修正

このたび「ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）」にお申込みの同意をいただきありがとうございます。HM カード発行に際し、登録される方の情報をご記入ください。

ご記入いただいた登録情報は、目的を明確にし、同意書（「HM ネットご案内」に添付）を提出していただいた範囲以外には、無断で使用いたしません。

▼登録される方の情報をご記入ください。

太枠内にご記入ください。

カードのデザインをお選びください		<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> カーブ
氏名	フリガナ		性別 男性・女性
※旧姓	カタカナでご記入ください。	※お申込日からさかのぼって1年以内に変更があればご記入ください。	
生年月日	大正・昭和・平成	西暦	年 月 日
現住所	〒 _____ 電話・携帯 ( )		
カード送付先 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒 _____		
▼ヒント (お願い) 個人を特定する手助けとなるキーワードをおたずねいたします。 <b>ひろしま健康手帳およびひろしまヘルスケアポイントをご利用の際必要となります。</b> また、カード提示の無い緊急時、災害時等において、あなたを特定する場合にヒントの記載があればより速く、正確にあなたの診療情報にたどりつけます。ご理解のうえ、記入にご協力ください。			
ヒント① 都道府県の名前 (あなたの生まれた都道府県など)			都・道 府・県
ヒント② 男性の名前 (家族・ペットの名前など)	カタカナでご記入ください。		
ヒント③ 女性の名前 (家族・ペットの名前など)	カタカナでご記入ください。		

▽自筆できない場合、代理人に関する情報もご記入ください。

代理記入  あり  なし

代理人氏名	代理人署名	続柄	
代理人住所	連絡先 ( )		

HMネットID																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

▼かかりつけ医情報をご記入ください。太枠内にご記入ください。

健診ID番号																				
医療機関名	福山市医師会健康支援センター																			
カルテ No. 診察券番号																				
医療機関名																				
カルテ No. 診察券番号																				
医療機関名																				
カルテ No. 診察券番号																				
医療機関名																				
カルテ No. 診察券番号																				
医療機関名																				

医療機関コード (県)	1	5	1	2	3	5	7
----------------	---	---	---	---	---	---	---

医療機関コード (福山市医師会)	5	0	2		
---------------------	---	---	---	--	--

医療機関コード (県)							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード (福山市医師会)					
---------------------	--	--	--	--	--

医療機関コード (県)							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード (福山市医師会)					
---------------------	--	--	--	--	--

医療機関コード (県)							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード (福山市医師会)					
---------------------	--	--	--	--	--

医療機関コード (県)							
----------------	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード (福山市医師会)					
---------------------	--	--	--	--	--

※参加医療機関は今後増える予定ですので、公開希望がありましたら、県内のかかりつけ医療機関はすべてご記入ください。

**【ご本人様からの登録】**

※同封の封筒に入れ、福山市医師会 システム支援係 宛に郵送してください。

**【医療機関からの登録】**

※原本は、福山市医師会 システム支援係 宛に営業便で送付してください。

◆参加機関での記載事項

医療機関名(スタンプ可)

担当医師  
担当者(要自書) \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

発 送	健診データ送信	病理データ送信	細菌データ送信	画像データ送信	発 行	登 録	確 認	受 理
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

# 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となる情報を、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。

# 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)(控え)

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)

(代理者記載の場合: 代理者氏名 \_\_\_\_\_ 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。