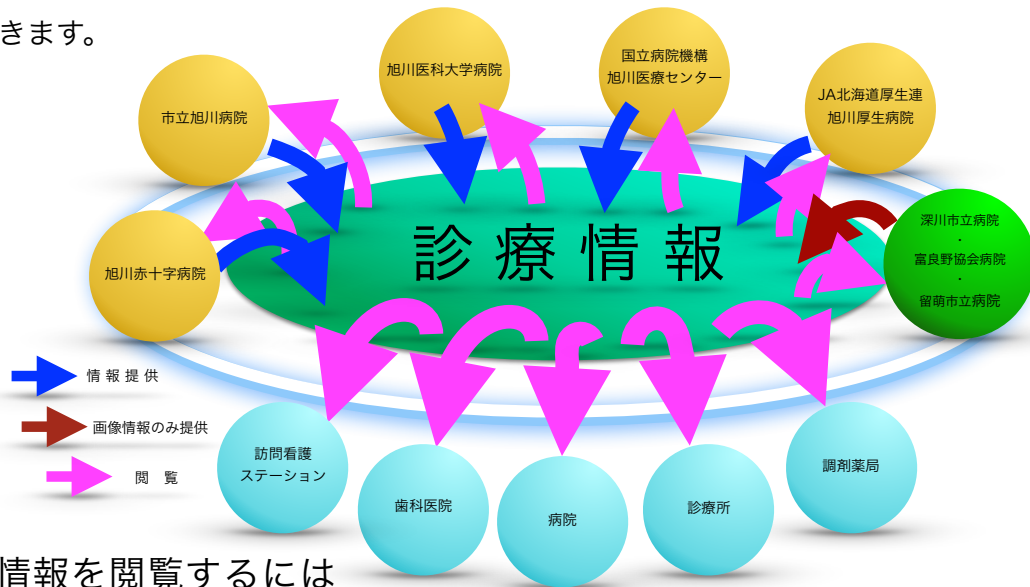


たいせつ安心 i 医療ネット

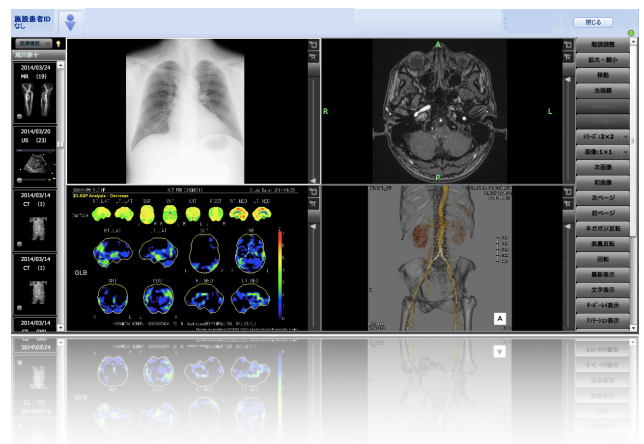
○たいせつ安心 i 医療ネットとは

旭川市医師会が運営する、旭川市内の全ての公的病院が情報提供施設となり、地域内での診療情報の共有、救急医療での情報利用を目的とした地域医療ネットワークです。ネットワークに参加された医療機関では、公的病院における電子カルテ等の診療情報をインターネットを介して閲覧することができます。



○診療情報を閲覧するには

患者様よりネットワーク登録および情報利用の同意書を取得していただき、情報提供施設のいずれか1施設へ郵送していただければ閲覧が可能になります。お急ぎの場合は郵送と並行してFAXで送信していただくことで急ぎの対応も可能です。



○ネットワークに参加するには

入会金 (5,000円) および年会費 (5,000円/年) が必要になります。まずは別添入会申込用紙及び設定申請書に必要事項をご記入頂きまして下記まで郵送にてお申し込みください。

入退会および端末設定の申込・その他運営に関するお問い合わせは

○旭川市医師会

〒070-0029 旭川市金星町1丁目1番50号

TEL : 0166-23-5728 FAX : 0166-24-5444

E-mail : t-ansin-i-net@ahmic21.ne.jp

たいせつ安心 i 医療ネット 同意説明・取得の方法

たいせつ安心 i 医療ネット（以下 i ネット）にて患者情報を閲覧するには同意の取得が必要となりますので、以下の手順にて、患者様へのご説明と同意書の取得をお願いします。

1. 同意内容の説明を行います

『たいせつ安心 i 医療ネット同意説明書』を患者様にお渡しして簡単にご説明を行います。

2. 同意書を用意します

1) ネットワーク参加同意書及び情報利用同意書

（医療機関の場合）

a. 患者様が i ネットに未参加あるいは登録状況が不明の場合

ネットワーク参加同意書及び
情報利用同意書（医療機関用）

b. 患者様が i ネットに参加しているが情報参照施設として自施設が未登録の場合※1, 2

情報利用同意書（医療機関用）
情報公開同意書（情報参照施設用）

（調剤薬局・訪問看護ステーションの場合）

c. 患者様が i ネットに未参加あるいは登録状況が不明の場合

ネットワーク参加同意書及び
情報利用同意書（調剤薬局用・
訪問看護ステーション用）

d. 患者様が i ネットに参加しているが情報参照施設として自施設が未登録の場合※1, 2

情報利用同意書（調剤薬局用・
訪問看護ステーション用）
情報公開同意書（情報参照施設用）

※1 i ネットカードを提示されている場合は、カード裏面の「情報利用施設」の欄をご確認ください。

※2 情報参照医療機関として登録されていても閲覧期限（1年6箇月）が過ぎている場合は情報利用同意書の再取得が必要となります。i ネットのカルテ一覧内に当該患者様が含まれているかご確認ください。

2) 情報公開同意書

すでにネットワークに参加している患者様が新たな情報提供病院を受診した場合に使用します

e. 新たな情報提供病院以外の医療機関で同意を取る場合

情報公開同意書

f. 新たな情報提供病院で患者様からネットワーク参加の情報を得た時

患者様の同意を得て自院にて公開操作を行います

3. 同意書の記載をします

(ネットワーク参加同意書及び情報利用同意書の場合) ※下図は医療機関用のものになります。

①一覧より2014年4月(旭川赤十字病院の場合は2013年4月)以降に受診歴のある医療機関を患者様にご確認し、該当する病院にチェックします。

②同意を取得される医療機関名(患者様の情報の閲覧を希望する医療機関名)を記載します。※3

③同意された患者様の情報(ふりがな~住所)を記載します。(注:同意取得医療機関~ネットワークIDについては記載しないで下さい。)

医療機関用

ネットワーク参加同意書及び情報利用同意書

私は以下の医療機関の電子カルテ等に記録された私の診療情報を、「たいせつ安心(医療ネットワーク)」に参加している私の診療に併用する他の医療機関でも利用できるよう、ネットワーク上に登録することに同意いたします。

なお、利用してよいのは以下の場合です。

(ア)「たいせつ安心(医療ネットワーク)」に参加している医療機関を受診した場合等において、その医療機関に対する「情報利用同意書」を作成した場合

(イ)私が緊急事態で「たいせつ安心(医療ネットワーク)」に参加している医療機関に運ばれ、意識障害などにより理解・判断能力が失われて私が自分の病状について説明できない状態のとき。(理解・判断能力があるときは、「情報利用同意書」を作成し、同意する)

2014年4月以降(旭川赤十字病院は2013年4月以降)に受診した医療機関にチェックして下さい。

旭川医科大学病院 旭川医療センター
 旭川厚生病院 旭川赤十字病院
 市立旭川病院

また、私に対する医療サービスを目的として下記の医療機関の医療従事者が「たいせつ安心(医療ネットワーク)」を介して私の診療情報を利用することに同意します。

医療機関
旭川医科大学病院・旭川医療センター・旭川厚生病院・旭川赤十字病院・市立旭川病院が利用医療機関となる場合には該当医もしくは診療科を記載して下さい。
該当医もしくは診療科名 _____

年 月 日

署名 _____

代理人署名(本人が署名できない場合) _____ 職務() _____

*この同意は、同意撤回の提出によりいつでも撤回することが出来ます

以下医療機関記載

ふりがな		
患者氏名	性別	男・女
生年月日		
同意取得医療機関		
同意取得医療機関ID		
ネットワークID		

(情報利用同意書の場合) ※下図は医療機関用のものになります。

①同意を取得される医療機関名(患者様の情報の閲覧を希望する医療機関名)を記載します。※3

②同意された患者様の情報(ふりがな~住所)を記載します。(注:同意取得医療機関~ネットワークIDについては記載しないで下さい。)

医療機関用

情報利用同意書

私に対する医療サービスを目的として下記の医療機関の医療従事者が「たいせつ安心医療ネット」を介して私の診療情報を利用することに同意します。

医療機関 _____
旭川医科大学病院 旭川医療センター 旭川厚生病院 旭川赤十字病院 市立旭川病院が所属医療機関となる場合には担当医もしくは診療科を記載して下さい
 担当医もしくは診療科名 _____

年 月 日 _____

署名 _____

代理人署名(本人が署名できない場合) _____ 職柄() _____

*この同意は、同意撤回書の提出によりいつでも撤回することができます

以下医療機関に氏名

ふりがな	_____	性別	男・女	生年月日	_____
患者氏名	_____	性別	男・女	生年月日	_____
住 所	_____				
住所外氏名	_____				
ネットワークID	_____				

(情報公開同意書の場合)

①患者様の情報の公開を依頼する医療機関にチェックを付けて署名していただきます。

②同意された患者様の情報(ふりがな~ネットワークID)を記載します。

情報公開同意書

私はすでに「たいせつ安心医療ネット」に登録していますので、以下にかかった医療機関の情報を公開して下さい。

旭川医科大学病院 (fax 番号: 0166-69-3044)

旭川医療センター (fax 番号: 0166-51-3711)

旭川厚生病院 (fax 番号: 0166-33-8202)

旭川赤十字病院 (fax 番号: 0166-22-8287)

市立旭川病院 (fax 番号: 0166-26-0008)

年 月 日 _____

署名 _____

代理人署名(本人が署名できない場合) _____ 職柄() _____

*この同意は、同意撤回書の提出によりいつでも撤回することができます

以下は情報公開施設が記載してください

患者情報

ふりがな	_____	性別	男・女	生年月日	_____
患者氏名	_____	性別	男・女	生年月日	_____
住 所	_____				
ネットワークID	_____				

faxを受け取った医療機関は診療情報公開の操作を行ってください。

年 月 日 _____
 施設名 _____
 担当者名 _____

※3 旭川医科大学病院・旭川医療センター・旭川厚生病院・旭川赤十字病院・市立旭川病院を記載する場合のみ担当医もしくは診療科名の記載をします。

4. 患者様に同意書へ署名していただきます。

※下図は医療機関用のものになります。

The image displays three consent forms for medical institutions. Each form has a red box around the date and signature fields. Red arrows point to these fields. A yellow box at the bottom contains instructions for signing.

ネットワーク参加同意書及び情報利用同意書

私は以下の医療機関の電子カルテ等に記録された私の診療情報を、「たいせつ安心(医療ネット)」に参加している私の診療に係る他の医療機関でも利用できるよう、ネットワーク上に登録することに同意いたします。

(ア)「たいせつ安心(医療ネット)」に参加している医療機関を受診した場合等において、この医療機関に対する「情報利用同意書」を作成した場合

(イ)私が施設等で「たいせつ安心(医療ネット)」に参加している医療機関に選ばれ、急遽降床などにより理解・判断能力が失われて私が自分の病状について表明できない状態のとき、「理解・判断能力があるときには、「情報利用同意書」を作成します)

2014年4月以降(旭川赤十字病院は2013年4月以降)を受診した医療機関にチェックして下さい。

旭川医科大学病院 旭川医療センター
 旭川厚生病院 旭川赤十字病院
 市立旭川病院

また、私に対する医療サービスを目的として下記の医療機関の医療従事者が「たいせつ安心(医療ネット)」を介して私の診療情報を利用することに同意します。

医療機関
旭川医科大学病院・旭川医療センター・旭川厚生病院・旭川赤十字病院・市立旭川病院が利用医療機関となる場合には医療機関もしくは診療科を記載して下さい。
担当医もしくは診療科名

年 月 日
署名
代理人署名(本人が署名できない場合) 続柄()

*この同意は、同意撤回書の提出によりいつでも撤回することができます

以下医療機関記載

ふりがな	
番 氏 名	
住 所	
所属医療機関	同意取得医療機関ID
ネットワークID	

情報利用同意書

私に対する医療サービスを目的として下記の医療機関の医療従事者が「たいせつ安心(医療ネット)」を介して私の診療情報を利用することに同意します。

医療機関
旭川医科大学病院・旭川医療センター・旭川厚生病院・旭川赤十字病院・市立旭川病院が利用医療機関となる場合には医療機関もしくは診療科を記載して下さい。
担当医もしくは診療科名

年 月 日
署名
代理人署名(本人が署名できない場合) 続柄()

*この同意は、同意撤回書の提出によりいつでも撤回することができます

以下医療機関記載

ふりがな	
番 氏 名	
住 所	
所属医療機関	同意取得医療機関ID
ネットワークID	

情報公開同意書

私はすでに「たいせつ安心(医療ネット)」に登録していますので、以下にかかった医療機関の情報を公開して下さい。

旭川医科大学病院 (fax 番号: 0166-69-3044)
 旭川厚生病院 (fax 番号: 0166-23-8200)
 市立旭川病院 (fax 番号: 0166-26-0006)

旭川医療センター (fax 番号: 0166-51-3711)
 旭川赤十字病院 (fax 番号: 0166-23-8297)

年 月 日
署名
代理人署名(本人が署名できない場合) 続柄()

*この同意は、同意撤回書の提出によりいつでも撤回することができます

以下は情報参照施設が記載してください

患者情報	
ふりがな	
番 氏 名	
住 所	
ネットワークID	

faxを受け取った医療機関は診療情報公開の ください。

年 月 日
氏 名
姓 名

記載日欄と署名欄に同意された患者様の署名をいただき下さい。身体的事由等によりご本人様の署名が困難な場合にのみ近親者による代理の署名を認めております。

患者様より同意書を受け取る際に、希望があれば『同意撤回書』を患者様へお渡しください。また、登録後に交付されます；ネットカードにつきましては、直接患者様のご自宅へ郵送となることをお伝えください。

5. 公開元医療機関へ同意書を送付ください

ネットの公開設定につきましては情報提供医療機関にて行います。記載いただいた同意書は公開設定を希望される情報提供医療機関へお送りください。(公開設定希望先が複数ある場合もいずれか一箇所にお送りいただくだけで結構です。また、追加で公開する場合は情報公開同意書をお使いください) お急ぎの場合には同意書をFAXにて送信いただければ受信され次第対応いたします。FAX送信後の原本につきましても郵送をお願いします。

【情報提供医療機関（同意書送付先）一覧】

※同意取得・公開設定に関するお問い合わせも下記までお願いします

・ 旭川赤十字病院 地域医療連携室

〒070-8530 旭川市曙1条1丁目1番1号

TEL : 0166-22-8111

FAX : 0166-22-8287

・ 国立大学法人旭川医科大学病院 地域医療連携室

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

TEL : 0166-69-3055

FAX : 0166-69-3044

・ JA 北海道厚生連旭川厚生病院 地域医療連携室

〒078-8211 旭川市1条通24丁目111番地

TEL : 0166-33-7171

FAX : 0166-33-8202

・ 市立旭川病院 地域医療連携課

〒070-8610 旭川市金星町1丁目1番65号

TEL : 0166-72-4002

FAX : 0166-26-0008

・ 独立行政法人国立病院機構旭川医療センター 地域連携室

〒070-8644 旭川市花咲町7丁目4048

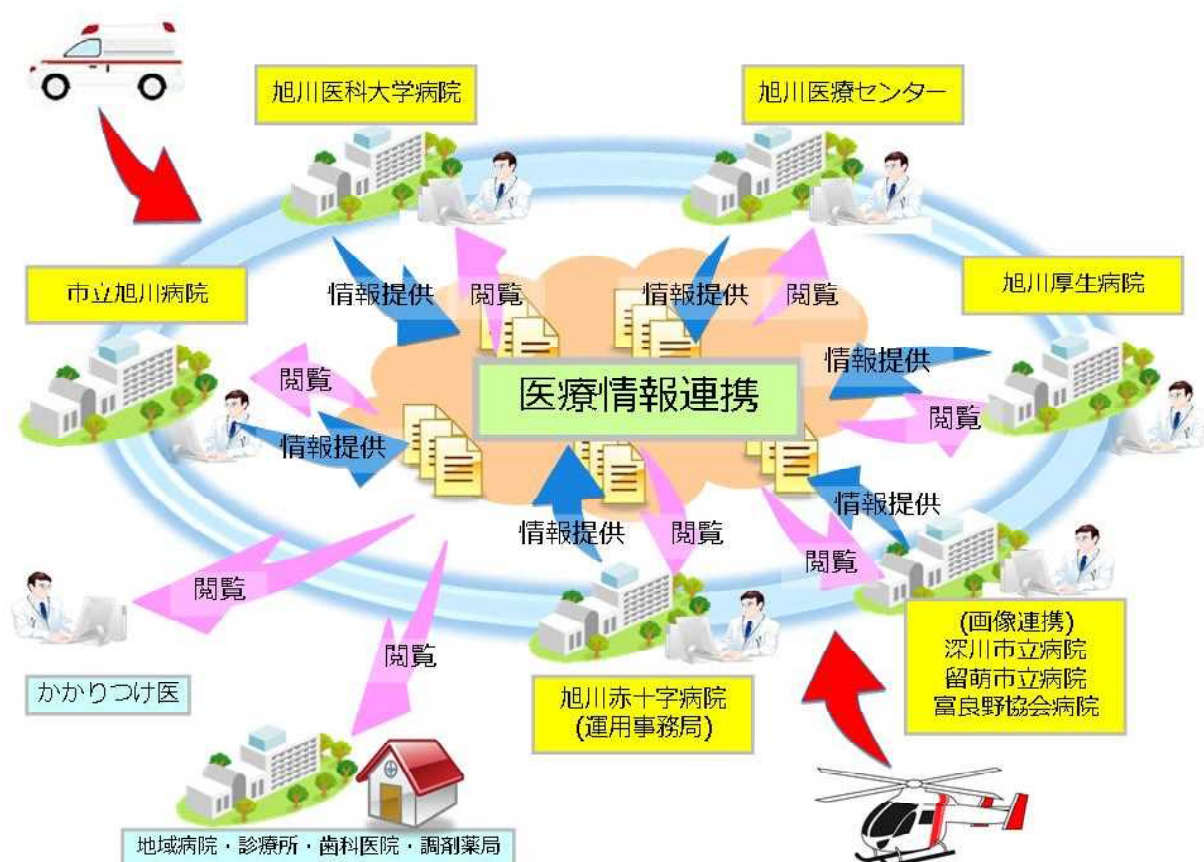
TEL : 0166-51-3161

FAX : 0166-51-3711

たいせつ安心医療ネットとは

旭川市医師会が中心となり

旭川市内・近郊の患者さんの安心を増すIT医療情報連携です
市内の5公的病院との間で同意患者さんの情報を共有します
深川市立・富良野協会・留萌市立病院と画像連携します
ネット参加・かかりつけ医療機関とIT情報連携します
救急車・ドクターヘリがどの病院に向かっても安心です



情報セキュリティには特別な注意をはらっています
同意説明書をお読みにになり、参加されることを希望します
参加・不参加は皆様の自由です 同意撤回も自由です

※一度ネットワーク登録に同意すれば、患者様のデータは5公的医療機関（情報提供医療機関）において共有されます。

当院は「たいせつ安心医療ネット」に参加しています

たいせつ安心*i*医療ネット 参加のお願い

私たち医療機関は皆さんの診療をより安全に行うため皆さんのからだについての情報を少しでも多く知る必要があります。皆さんが複数の医療機関を受診していたり、ある日今まで通院していたのとは別の医療機関に掛かった場合等に過去の診療内容、検査データ、画像情報等を利用することで的確な診療を行うことができます。旭川では、インターネットを利用したネットワークを作ることによって公的医療機関（情報提供医療機関）の診療情報を他の医療機関でも利用できるしくみ「たいせつ安心*i*医療ネット」を作っています。

「たいせつ安心*i*医療ネット」に登録して下さい。

- あなたが市内のネットワーク参加医療機関を受診し、そこでネットワーク上の診療情報利用同意書を作成すれば、その医療機関ではネットワーク上のデータを利用した診療を行うことができます。これによりの的確な診断が行えるのみならず、無駄な検査の防止、アレルギー・禁忌・2重の処方といった薬剤が原因となるトラブルも回避できます。
- あなたが救急で市内の公的医療機関を受診した場合に、あなたが今まで掛かっていた公的医療機関にあるあなたの診療情報が利用できます。従って、どこの公的医療機関に運ばれても安心です。

＜ 情報提供医療機関＞

旭川医科大学病院
旭川医療センター
旭川厚生病院
旭川赤十字病院
市立旭川病院

＜ 画像情報のみの提供医療機関＞

深川市立病院
富良野協会病院
留萌市立病院



※一度ネットワーク登録に同意すれば、患者様のデータは5公的医療機関（情報提供医療機関）において共有されます。