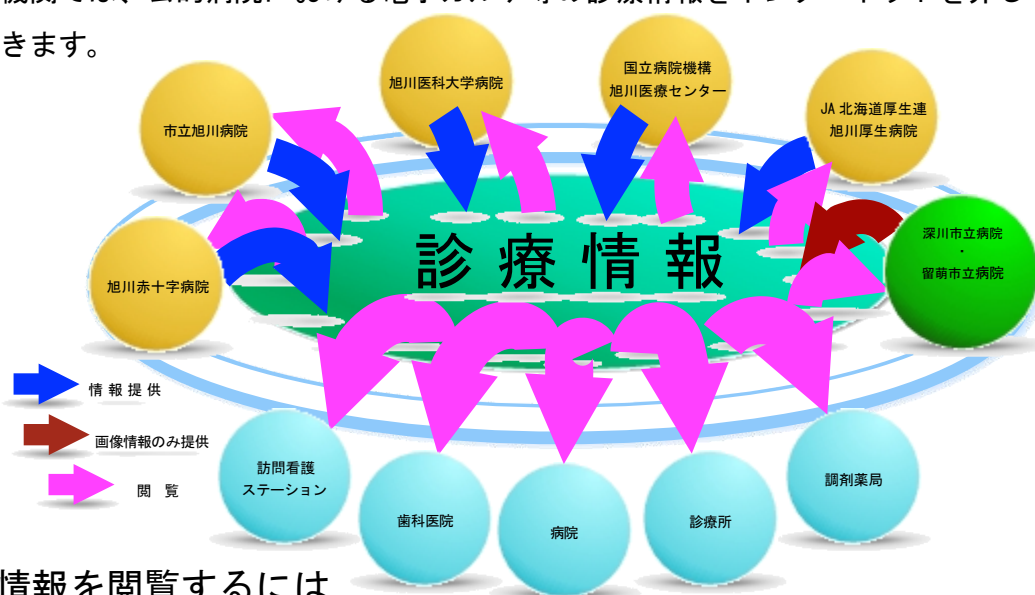


たいせつ安心 医療ネット

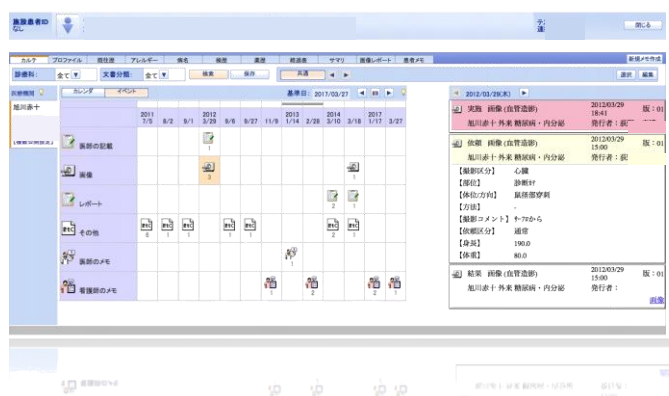
○たいせつ安心 i 医療ネットとは

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-net@ahm-ic21.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の取得をお願いします。

同意取得の方法は、同意書を患者様もしくは代理の方に署名をいただく方法と、口頭で同意を確認し同意確認者が同意確認書を記入する方法が新たに加わりました。

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. 同意書もしくは同意確認書を用意します

1) ネットワーク参加（情報公開）同意書及び情報利用同意書

- 患者本人もしくは家族に記入していただく書式となります。
- 従来の「情報利用同意書」「情報公開同意書」を廃止しこの書式に統合されました。

2) ネットワーク参加（情報公開）同意及び情報利用同意確認書

- 口頭で同意を確認し、同意確認者が記入します。
- この場合、診療録等へその旨を記載する必要があります。

3. 同意書もしくは同意確認書の記載をします

《同意書の場合》患者様に署名をしていただきます

受診歴のある医療機関を患者様に確認し、該当する情報提供病院にチェックします。
iネットカード持参の患者様で、新たに閲覧したい情報提供病院がある場合、その病院にチェックします。
(カード裏面に ☒ が無い場合)

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。
※あらかじめ印字しておくことをお勧めします。

記載日欄と署名欄に同意された患者様の署名をいただいでください。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を認めております。

同意された患者様の情報を記載します。
初回の場合は、ネットワークIDについては記載しなくて構いません。
iネット持参の患者様の場合は、記載します。

※下図は医療機関用のものになります。

医療機関用

ネットワーク参加（情報公開）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i医療ネット」に参加している私の診療に係わ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i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、その医療機関に対する「情報利用同意書」を作成もしくは口頭で同意した場合
(イ)私が緊急状態で「たいせつ安心i医療ネット」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には、「情報利用同意書」を作成もしくは口頭で同意を確認します）

ネットワークに登録する医療機関（受診したことのある）にチェックして下さい。
※新たに情報を公開する医療機関がある場合は、追加する医療機関にチェックして下さい。（情報公開同意書）

☐ 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i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 _____

年 月 日 _____

署名 _____

代理人署名（本人が署名できない場合） _____ 続柄 () _____

*この同意書は、同意確認書を出すか、同意を撤回する旨を提出者に口頭で伝えること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	姓	名	性別	男	女	生年月日
患者氏名						
住所						
同意取得医療機関	同意取得医療機関ID					
ネットワークID						

※下図は医療機関用のものになります。

受診歴のある医療機関を患者様に確認し、該当する情報提供病院にチェックします。

インターネット持参の患者様で、新たに閲覧したい情報提供病院がある場合、その病院にチェックします。
(カード裏面に☒がない場合)

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。

※あらかじめ印字しておくことをお勧めします。

口頭で同意を確認した方が記載します。

同意された患者様の情報を記載します。

初回の場合は、ネットワークIDについては記載しなくて構いません。

iネット持参の患者様の場合は、記載します。

医師情報

ネットワーク参加（情報公開）同意及び情報利用同意確認書

患者（ ）さんか以下の枠内の同意を確認しました。

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。
なお、利用してよいのは以下の通りです。

(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、その医療機関に対する「情報利用同意書」を作成もしくは口頭で同意した場合
（い）私が希望する「たいせつ安心（医療ネット）」に参加している医療機関に送ばれ、
（き）当該機関により理解・判断能力が与えられて私が自分の病気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」を作成もしくは口頭で同意を承諾したとき。

ネットワークに登録する医療機関（受診したことのある）をチェックして下さい。
※なおに情報公開する医療機関がある場合は、追加する医療機関にチェックして下さい。（情報公開同意書）

☐ 旭川医科大学病院 ☐ 旭川医療センター
☐ 旭川厚生病院 ☐ 旭川十字病院
☐ 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）」を利用して私の診療情報を利用するの同意をします。

医療機関

同意確認日 年 月 日
同意確認者

* この同意確認書を発行した医療機関等は、診療録等への名を記載する
（記載者の特定できるように）必要があります。

以下医療機関印を貼

姓	名	姓	名	生年月日
姓	名			
医療機関所属医療機関				医療機関所属診療科目
ネットワークID				

4. 公開元医療機関へ同意書もしくは同意確認書を送付してください。

i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もしくは同意確認書は公開設定を希望される情報提供病院へ送付してください。（公開設定希望先が複数ある場合はいずれか一箇所に送付していただくだけで結構です。）お急ぎの場合には同意書もしくは同意確認書をFAXにて送信して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は各施設で保管するか、FAX送信先の情報提供病院に送付していただいても構いません。

5. 同意取得の注意事項

- ①情報参照医療機関として登録されていても閲覧期限（2年）が過ぎている場合は、再度同意取得が必要となります。
- ② iネットカードを持参している患者様で、カード裏面の■情報提供病院に☑がない情報提供病院のカルテ閲覧したい場合、再度同意が必要となります。

【情報提供医療機関（同意書類送付先）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**

- 患者総合サポートセンター地域連携部門**

- 〒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

- ・ **J A 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i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・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i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出来ます。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出来ます。これにより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
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。