

## 岩国医療連携情報システム同意説明書

当院は、岩国市医師会が整備・運用している「岩国医療連携情報システム」に参加しています。これは厚生労働省が推進している「ネットワークを通じて診療圏内の地域医療情報を医療機関同士でリアルタイムに共有し、正確で信頼性の高い医療を提供する」という方針に沿ったものです。以下の主旨をよくご理解いただき、あなたの診療情報を有効活用させていただき事に同意していただきますようお願いいたします。

### 1. システムの目的

このシステムは、岩国医療圏内の医療機関どうしを結ぶネットワークを通じて患者さんの診療情報の一部を共有し、正確で信頼性の高い医療を提供する事を目的とします。その際あなたの大切な個人情報が外部にもれたりしないよう最大限の配慮がなされています。

### 2. システムに参加していただくことの利点

このシステムへの参加に同意していただくと、あなたが紹介先病院で受けた検査や治療などの診療情報を当院からも同時に参照する（見る）ことができるようになります。その結果、あなたの診療情報をかかりつけ主治医である私が迅速かつ正確に知ることができ、正確でわかりやすい病状説明や今後の診療計画に生かすことが出来るようになります。

### 3. 個人情報保護のため、このシステムは以下の原則に従って運用されています

- (1) このシステムで診療情報を見ることができるのは、あなたが同意したかかりつけ主治医（今ご説明している私のみ）に限られます。
- (2) このシステムは、最新の情報暗号化技術と厳格な利用者規定を遵守する事により、外部からの不正な侵入や個人情報の漏洩に対し十分な配慮がなされています。
- (3) このシステムを利用できるのは、利用者規定や個人情報の取り扱いに関する講習を通じてそれらを十分理解し、受講修了証の交付を受けたかかりつけ主治医（今ご説明している私のみ）に限定されています。

### 4. 同意を取りやめたいときは

このシステムへの参加に一旦同意した後、取りやめなくなった場合は、いつでも同意を撤回することができます。その場合は、同意撤回届（同意書と一緒にお渡ししています）をかかりつけ主治医もしくは岩国市医師会事務局にご提出ください。（下記参照）

### 5. このシステムへの参加は、あくまで患者さん一人一人の自由な意思によります。

このシステムについて、かかりつけ主治医（今ご説明している私）から説明を受け、目的や意義、適切な診療情報の取り扱い等をご理解いただけた方のみご参加いただいています。もちろん同意されなかった場合や途中で同意を取りやめた場合でも、今後の診療に何らかの不利益を被ることは一切ありません。

注：なお、システム参加への同意書は各医療機関の「かかりつけ主治医」ごとに記載して頂く必要がありますので、他の医療機関を受診なさる場合はそのつど記載して頂く場合があります。

#### 【各連絡先】

- **岩国市医療センター医師会病院 地域医療連携室**  
〒740-0021 岩国市室の木町3丁目6番12号  
TEL : 0827 (21) 3211  
FAX : 0827 (21) 3411
- **国立病院機構岩国医療センター 地域医療連携室**  
〒740-8510 岩国市愛宕町1丁目1番1号  
TEL : 0827 (34) 1000  
FAX : 0827 (35) 5600

お問い合わせ先 : 岩国市医師会事務局

TEL : 0827 (21) 6135  
FAX : 0827 (22) 9218

作成日 2014年3月7日