

参加同意書

島根県医療情報ネットワーク運営主体 殿
島根県医療情報ネットワーク参加機関 殿

私は、同意説明書（島根県地域医療支援会議医療 IT 専門部会 2012 年 9 月 10 日決定）により説明を受け、以下の事項に同意します。

また、私は、同意説明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、「しまね医療情報ネットワーク」に接続している医療機関等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、島根県医療情報ネットワークを利用して、「連携カルテ」に登録し、一元的に収集・管理することに同意します。

2. 閲覧同意 本事業に参加済みの場合は、にチェック

私に対する医療サービスを目的として、下標記「参加機関」の医療従事者が閲覧することに同意します。

閲覧を許可する参加機関名称

貴院の「名称」を記載

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。

- 個人の特定・紐付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、電話番号を、全ての参加機関で、システム利用権限を有する者が閲覧すること
- あなたが、意識不明になるなど意思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緊急に医療上の処理が必要な場合において、(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機関名とその期間、病歴、アレルギー情報、検査情報、処方・調剤歴、その他緊急処置に必要となる情報を、緊急処置に従事する医師が閲覧すること
- 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

<患者さん記載欄>

平成 **25**年 **1**月 **15**日

氏名：**しまね まめのすけ**
島根 まめ之介 男・女（自署）

〒**693-0011**
住所：**島根県松江市学園 999-99**

生年月日：**昭和**・平成 **20**年 **8**月 **3**日

電話番号：**0852** - **11** - **1111**

（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

※医療機関記入欄

ID - -