

四国がんセンター地域医療連携ネットワーク参加同意説明書

四国がんセンターは、地域の医療機関との円滑な連携診療、医療の質の向上のために、四国がんセンター地域医療連携ネットワークを行っています。

これは政府が推進している「医療情報の共有化」を行い、正確な情報に基づいた高度で安全な医療を行うために、四国がんセンター（以下「開示施設」という）とかかりつけ医の間を接続して診療情報を共有するものです。

以下の主旨をご理解いただいた上で、参加することにご協力いただきたいと思います。

1. システムの目的

このシステムは、患者さんのプライバシー保護を厳重に図りながら、診療情報の一部を、参加施設間を結ぶネットワークで共有し、診療・検査などから得られた多くのデータを元に、わかりやすく説明を行い、質の高い安全な診療の提供を可能にすることを目的としています。

2. システムに参加することのメリット

このシステムに参加すると、開示施設の受診時の状況や治療歴の情報が活用でき、治療の経過やその効果などについて、かかりつけ医でわかりやすく説明を受けることができます。また、種々の検査データが施設間で共有されることにより、薬の重複投与の防止や、安全で質の高い診療をお受けになることができます。

3. 個人情報の安全確保

このシステムでは、患者さんの診療情報を守るために次のような対策を講じています。

- (1) このシステムで診療情報を見ることができるのは、あなたが参加申込書及び誓約書を提出した病院（診療所）のうち、開示施設が許可した者に限られます。
- (2) このシステムは、外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。
- (3) システム利用に関しては、個人情報保護法、その他の法令及び医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（厚生労働省）に基づいて行われます。

4. 参加をやめたいときは

このシステムへの参加を取りやめなくなったときは、いつでも中止することができます。

その場合は、同意撤回届（同意書を提出した開示施設または診療所にあります）で届け出てください。

5. 最後に

このシステムへの参加は、患者さん一人一人の自由な意志によります。このシステムについて主治医から説明を受け、目的、意義、安全性確保等に納得された方のみ、ご参加いただいています。もし、参加されなかった場合や途中で参加を取りやめた場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

お問い合わせ先：四国がんセンター 地域医療連携室
電話番号：089-999-1201

四国がんセンター地域医療連携ネットワーク参加同意書

四国がんセンター 院長殿

私は四国がんセンター地域医療連携ネットワークに関する説明、並びに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、下記の病院・診療所などにおいて、四国がんセンター地域医療連携ネットワークに参加し、私の診療情報が活用されることに同意します。

<患者さん記載欄>

____年 ____月 ____日

(ふりがな).....

氏名: _____ (自署) 性別: 男・女

生年月日: ____年 ____月 ____日

住所: _____

(代理者記載の場合:代理者氏名_____ 続柄_____)

<依頼元記載欄>

説明した担当者氏名: _____ (自署)

紹介元医療機関名: _____

電話番号: _____ FAX 番号: _____

自院ID番号 : _____

四国がんセンター地域医療連携ネットワーク同意撤回届

四国がんセンター 院長殿

私は、下記の医療機関から説明を受け、四国がんセンター地域医療連携ネットワークに参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<依頼元記載欄>

医療機関名: _____

<患者さん記載欄>

_____ 年 月 日

(ふりがな).....

氏名: _____

生年月日: _____ 年 月 日

住所: _____

(代理者記載の場合:代理者氏名_____ 続柄_____)