

説明書：共通

地域診療情報連携システムについての説明書 1

大阪母子医療センターでは、患者さん（お子さんの場合は、親権者）の同意のもと、ご本人の大阪母子医療センターの診療情報を病院、医院や診療所、薬局、保健所、在宅ケア施設などの医療関連機関において共有できるサービスを行っています。ご利用にあたっては「地域診療情報連携システム」参加への同意が必要です。本システムのメリットや安全確保などにご納得いただいたうえで同意書へ署名してください。

- 地域診療情報連携システムとは
 - * 大阪母子医療センターでの検査や処方などの診療情報等を、患者さんご自身の診療に関わる医療関連機関からインターネットを利用して閲覧できるようにしたシステムです。
 - * 患者さんへの継続した診療を行うにあたり、当システムに参加している医療関連機関のうち、患者さんが希望された医療機関に対して必要な診療情報等を閲覧できるようにします。
- 地域診療情報連携システム参加医療関連機関
 - * 最新の参加医療関連機関は、大阪母子医療センターホームページでご確認ください。
- 患者さんのメリット
 - * 検査・画像・処方など種々のデータやアレルギー・副作用歴などが共有され、重複した薬の投与や検査の実施を防ぐなど、安全で質の高い診療を切れ目なく受けることができます。
- 個人情報の安全確保
 - * 患者さんの診療情報を見ることができるのは、本システムに参加し且つ患者さんから同意をいただいた機関だけです。
 - * このシステムはインターネットを利用することから、暗号化通信とシステムへの不正アクセス対策により、厳格に情報を保護しています。
- 閲覧の中止
 - * 他の機関における診療情報の閲覧は、あくまでも患者さんの同意によるもので、いつでも中止することができます。中止させたい場合は『同意撤回書』を大阪母子医療センターホームページよりダウンロードのうえ、患者支援センターにご提出ください。
- 最後に
システムの利用は、患者さんの自由意思によるものです。同意いただけなかった場合や途中で同意を取り消された場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。
注：このシステムに関して患者さんの費用負担はありません。

〈お問い合わせ先〉 大阪母子医療センター 患者支援センター

TEL：0725-56-7355（直通）

説 明 年 月 日	@SYSDAT2
説 明 者	@USERNAME 印

説明書：共通	地域診療情報連携システムについての説明書2
--------	-----------------------

利用機関別の閲覧可能項目一覧

(○ 閲覧可、× 閲覧不可)

項目	内容	地域病院 診療所	訪問看護 ステーション
患者属性	患者ID、氏名、性別、生年月日、住所他	○	○
保険情報	保険種別	○	○
紹介医	紹介元医療機関、紹介医	○	○
アレルギー	(食事アレルギー情報、薬剤アレルギー情報)	○	○
感染性	疾患情報、感染症の検査結果など	○	○
血液型、輸血に関する情報	血液型検査、不規則抗体検査、輸血歴、輸血副作用記録	○	○
病歴	既往歴日時、既往歴病名、その他	○	○
身体計測	身長、体重、その他の身体計測値)	○	○
バイタルサイン	血圧、心拍数、体温、呼吸数、尿量	○	○
診療経過	医師の経過記録、看護師の経過記録	○	×
退院時要約	医師の退院時要約、看護師の退院時要約	○	○
病名	病名診断に付随する情報、病名に付随する情報	○	○
入退院情報	入退院記録	○	○
検査	検体検査、細菌検査、生理検査、病理検査	○	○
画像診断	放射線画像、放射線読影レポート、エコー読影レポート	○	×
処方	内服薬の処方、外用薬の処方、注射薬の処方、持参薬の処方	○	○
手術治療に関する情報	手術記録、手術看護記録	○	×
放射線治療に関する情報	放射線照射に関する記録	○	×
リハビリテーション	理学療法士記録、作業療法士記録	○	×
食事療法・栄養指導	食事の記録、栄養指導の記録	○	×
褥瘡情報	褥瘡の評価、褥瘡治療の記録	○	×
その他診療上必要な情報及び診療に関する記録・文書類	-	○	○

同意書：共通

地域診療情報連携システム利用にかかる同意書

私は、@SYSDAT2 付けの【地域診療情報連携システムについての説明書】に基づき、地域診療情報連携システムを利用する目的及び利用方法について説明しました。

説明年月日	@SYSDAT2
説明者	印
説明者	印

大阪母子医療センター総長

私は、上記の担当者から、「地域診療情報連携システム」に関する説明なら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、私の診療情報等を同システムを用いて閲覧されることに同意します。

閲覧可能とする 医療機関名	
同意年月日	年 月 日
フリガナ 患者氏名	@PATIENTNAMEKANA
代理人署名 (続 柄)	()

※（自署でお願いします）

※本同意書は複写したうえで、コピーを患者さんへお渡しします。