

発行日 @@DYTODAY@@

@@SYPID@@

@@ORIBP_KANJI@@

おおてまえネット 同意説明書

「おおてまえネット」は大手前病院、大阪国際がんセンターが相互に連携し、あなたの医療情報を専用の回線で結び共有することにより、診療に役立つサービスを提供するシステムです。

患者さんの同意のもと、診察や検査などから得られた多くのデータをもとに、安全で質の高い医療を

提供します。趣旨をご理解いただき、「おおてまえネット」を利用することにご同意ください。

1. 患者さんにメリットがあります

相互の病院の医療情報（検査または画像のデータなど）が共有されるので、専門的な診療の手助けとして有効に利用できます。また重複した薬の処方や検査を防ぐことができます。医療情報を連携していることを示す「共通診察券」を発行させていただきます。

2. 患者さんに費用負担はありません

利用について、患者さんの費用負担はありません。

3. 個人情報の安全は確保されています

患者さんの医療情報は厚生労働省ガイドラインの推奨する方法で安全が確保されています。

◎患者さんの情報は登録した医療機関でしか閲覧することができません。

◎通信は専用の回線を使うため外部からの不正な侵入を防ぎ、通信内容は暗号化しています。

4. 利用はいつでもやめられます

利用をやめたいときは、患者さんの意思でいつでも中止することができます。その際は同意書を提出した際に受け取った「同意撤回届」を提出してください。

（提出先は下記のお問い合わせ先の2病院どちらでも結構です。）

「おおてまえネット」の利用は、患者さん本人の自由な意思によります。医師の説明を受けて、目的や意義、安全性の確保などに納得された方のみ利用同意をいただいております。利用されなかった場合や途中で利用を中止した場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありませんのでご安心ください。情報連携される内容については裏面をご覧ください。

お問い合わせ先

〒540-0008 大阪市中央区大手前 1-5-34
大手前病院 地域医療連携センター
TEL：06-6941-0484（代表）
受付時間 平日 9：00～17:00

〒541-8567 大阪市中央区大手前 3-1-69
大阪国際がんセンター 地域医療連携室
TEL：06-6945-1181（代表）
内線 2550 2551
受付時間 平日 9：00～17:00

発行日 @@DYTODAY@@
@@SYPID@@
@@ORIBP_KANJI@@

◎相互に情報連携される内容

処方内容	注射内容
検体検査結果	
画像検査依頼	放射線画像および放射線レポート
生理検査所見 (大手前病院は超音波所見のみ)	
内視鏡画像および内視鏡レポート (大阪国際がんセンターのみ公開)	
診療情報提供書 (大手前病院は婦人科非開示)	
退院サマリー (大手前病院は婦人科非開示)	

◎情報連携される時期

大手前病院 2014年3月10日以降の情報

大阪国際がんセンター 2017年3月25日以降の情報

おおてまえネット概念図



★同意書を提出いただきましたら、相互の医療機関の情報公開設定を行います。

説明時に同意書の提出をいただければ、次回受診時には情報連携可能ですが、当日提出の場合には情報連携が出来ませんので、ご了承ください。

発行日 @@DYTODAY@@
@@SYPID@@
@@ORIBP_KANJI@@

おおてまえネット 同意書 (患者様控)

大手前病院 病院長 様
大阪国際がんセンター 総長 様

私は、下記の医師から「おおてまえネット」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、私の診療情報を「おおてまえネット」において閲覧されることに同意します。

患者様記入欄 (患者様控のため記載不要)	
同意日	
ふりがな	
氏名	@@ORIBP_SEX@@
生年月日	@@ORIBP_BIRTHDAY@@
代理人記載の場合	代理人氏名 法定代理人・任意後見人

連携先医療機関診察券番号 (受診歴がある場合には出来るだけご記入ください)	
--	--

※代理人は、法定代理人がいる場合には法定代理人、診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人となります。

同意取得医療機関 記入欄 (医師は太枠内の記載をお願いします)			
診療科名 (入院 病棟)	@@INDICATESTAFF_SELECTEDDEPT_NAME@@ ()	医療機関名	大阪国際がんセンター
説明担当 医師名	(記名押印もしくは自署をお願いします) @@INDICATESTAFF_KANJNAME@@ 印	説明日	@@DYTODAY@@
患者番号	@@SYPID@@ (前にゼロがついているときは、省略せずに記入してください)	<input type="checkbox"/> 新規紹介 <input type="checkbox"/> 過去データ参照	

※同意取得の際に「同意撤回届」の医療機関記入欄にも記入し、必ず「同意撤回届」原本を患者さんへお渡しください。

【医療機関記載欄：大手前病院 取扱欄】 共通診察券 発行： / 担当者：
設定・送信： / 担当 登録確認： / 担当

【医療機関記載欄：大阪国際がんセンター 取扱欄】 共通診察券 発行： / 担当者：
設定・送信： / 担当 登録確認： / 担当

<連携先> 大手前病院 地域医療連携センター TEL 06-6941-0484 (代表)
--

大阪国際がんセンター 地域医療連携室 TEL 06-6945-1181 (代表)

発行日 @@DYTODAY@@
@@SYPID@@
@@ORIBP_KANJI@@

おおてまえネット 同意書

(医療機関保管用)

大手前病院 病院長 様
大阪国際がんセンター 総長 様

私は、下記の医師から「おおてまえネット」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、私の診療情報を「おおてまえネット」において閲覧されることに同意します。

患者様記入欄 (太枠内の記入をお願いします)	
同意日	
ふりがな	
氏名	@@ORIBP_SEX@@
生年月日	@@ORIBP_BIRTHDAY@@
代理人記載の場合	代理人氏名 法定代理人・任意後見人

連携先医療機関診察券番号 (受診歴がある場合には出来るだけご記入ください)	
--	--

※代理人は、法定代理人がいる場合には法定代理人、診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人となります。

同意取得医療機関 記入欄 (医師は太枠内の記載をお願いします)			
診療科名 (入院病棟)	@@INDICATESTAFF_SELECTEDDEPT_NAME@@ ()	医療機関名	大阪国際がんセンター
説明担当 医師名	(記名押印もしくは自署をお願いします) @@INDICATESTAFF_KANJNAME@@ 印	説明日	@@DYTODAY@@
患者番号	@@SYPID@@ (前にゼロがついているときは、省略せずに記入してください)	<input type="checkbox"/> 新規紹介 <input type="checkbox"/> 過去データ参照	

※同意取得の際に「同意撤回届」の医療機関記入欄にも記入し、必ず「同意撤回届」原本を患者さんへお渡しください。

【医療機関記載欄：大手前病院 取扱欄】 共通診察券 発行： / 担当者：
 設定・送信： / 担当 登録確認： / 担当

【医療機関記載欄：大阪国際がんセンター 取扱欄】 共通診察券 発行： / 担当者：
 設定・送信： / 担当 登録確認： / 担当

<連携先> 大手前病院 地域医療連携センター	TEL 06-6966-5335 (直通)	FAX 06-6966-5336 (専用)
------------------------	-----------------------	-----------------------

大阪国際がんセンター 地域医療連携室 TEL 06-6945-1181 (代表) FAX 06-6945-1873 (専用)
内線 2550 2551

発行日 @@DYTODAY@@
@@SYPID@@
@@ORIBP_KANJI@@

おおてまえネット 同意撤回届

大手前病院 病院長 様
大阪国際がんセンター 総長 様

私は、「おおてまえネット」における私の診療情報の閲覧に同意をしておりましたが、下記の医療機関についての同意を撤回します。

※医療機関記入欄は、同意取得時に必ず記入して患者さんにお渡しください。

医療機関記入欄	
医療機関名/コード	大阪国際がんセンター

患者様記入欄	
撤回日	年 月 日
ふりがな	
氏名	(自署をお願いします) 男 女
生年月日	M・T・S・H 西暦 年 月 日
代理人記載の場合	代理人氏名 法定代理人・任意後見人
診察券番号	

※ 代理人は、法定代理人がいる場合には法定代理人、診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人とします。

※「同意撤回届」は共通診察券と共に医療機関地域医療連携室へ提出してください。

(提出先は、大阪国際がんセンター、大手前病院どちらでも結構です)

<提出先>	
大手前病院 地域医療連携センター	〒540-0008 大阪市中央区大手前 1-5-34 TEL 06-6941-0484 (代表)
または	
大阪国際がんセンター 地域医療連携室	〒541-8567 大阪市中央区大手前 3-1-69 TEL 06-6945-1181 (代表)

※ 医療機関が「同意撤回届」を受け取った場合は、連携医療機関へ写しを FAX してください。

【大手前病院 取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日 担当者：

【大阪国際がんセンター 取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日 担当者：

共通診察券回収 医療機関： 大阪国際がんセンター 大手前病院 日付： 年 月 日 担当者：