

べにばなネット利用における患者同意書

私は、べにばなネットに関して、その目的・利用方法及び下記の条件を理解しましたので、べにばなネットに参加し、私の診療情報が以下の医療機関等※（説明を受けた施設を含む）で相互に共有され、私の受ける診療に利用されることに同意します。

※ 医療機関等とは、病院、医科診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションをいいます。

(条件)

- 1 診療情報を利用できる期間は、開示から5年間とすること。ただし、開示期間中に利用があった場合は、当該日から5年間とする。
- 2 このサービスを利用して他の医療機関から取得した患者の診療情報（診断に耐え得るDICOM画像を含む）については、各医療機関等が自らの責任において管理するものであること。
- 3 救急搬送など緊急時に診療上必要となった場合は、患者の同意又は患者の診療を行う医師の判断により利用できる。ただし、患者の同意を得ていない場合は、患者が同意できる状態になった時に同意書を取得するものとする。
- 4 ネットワーク上の診療情報に基づき、個人を特定しない統計情報として活用できるものであること。
- 5 患者本人（未成年者の場合はその保護者）から診療情報の共有について中止の届出があった場合は、速やかに利用が停止されること。なお、中止の届出がない場合は、継続して以下の医療機関等で相互に情報共有されること。

※ この申込みを撤回したい場合は、患者同意書を提出された医療機関等に撤回届を提出願います。

【患者様記載欄】

【患者様記載欄】		申込年月日	令和	年	月	日
(フリガナ) 患者氏名 (自署)					性別	男・女
生年月日等	大正・昭和 平成・令和	年	月	日(満	歳)	電話番号 () —
住所	(〒 —)					
本人以外の 場合	氏名(自署)		続柄等(法定代理人・ 連絡先()			
	法定代理人以外の代書理由：本人は()のため署名できないので代書した。					
指定 医療 機関 等	【村山地域の情報開示病院】					
	<input type="checkbox"/>	山形大学医学部附属病院 (ID:)	<input type="checkbox"/>	東北中央病院 (ID:)		
	<input type="checkbox"/>	山形県立中央病院 (ID:)	<input type="checkbox"/>	山形県立河北病院 (ID:)		
	<input type="checkbox"/>	山形市立病院済生館 (ID:)	<input type="checkbox"/>	寒河江市立病院 (ID:)		
<input type="checkbox"/>	天童市民病院 (ID:)	<input type="checkbox"/>	北村山公立病院 (ID:)			
<input type="checkbox"/>	山形済生病院 (ID:)	<input type="checkbox"/>	国立病院機構山形病院 (ID:)			
	【他地域の情報開示病院】			<input type="checkbox"/>	(ID:)	
	【情報開示病院以外の参照医療機関等】 ※ 参照医療機関等が説明を行った場合は記入不要。					
	①	_____ (ID:)				
	②	_____ (ID:)				

【説明を行った医療機関等記載欄】

救急患者対応機能を使用（使用の場合は必ずチェック）

施設名		説明者	<input type="checkbox"/> 主治医に同じ
主治医	(病院・診療所の場合記入)		
電話番号	() —	患者ID	
F A X	() —	F A X送信者氏名	

※ 患者様から同意を得た施設は、情報開示病院にFAX後、原本を保管、コピーを患者様本人等にお渡しください。