

## 晴れやかネット同意説明書

# 当施設では 他の施設のカルテを閲覧し、 診療に役立てています。

当施設は、医療ネットワーク岡山協議会が運営している「晴れやかネット」に参加しています。このネットワークは、各医療機関に保管されている医療情報を、専用の回線で結び、相互に共有することにより診療に役立てるためのシステムです。

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元に、安全で質の高い医療を提供します。以下の主旨をご理解いただき、晴れやかネットを利用することに同意ください。

### 1. 患者さんにメリットがあります

晴れやかネットを利用することで、病院（情報開示施設）の受診時の状況や治療歴、検査または画像のデータなどが、当施設で閲覧できるようになり、治療の経過やその効果などの説明を受けることができます。また、重複した薬の処方や検査を防ぐなど、医療費の負担軽減にもつながります。

### 2. 個人情報は固く守られています

晴れやかネットでは、患者さんの医療情報を守るための対策を講じています。

- (1) 晴れやかネットにアクセスできるのは、晴れやかネットの参加施設に所属する医療職員（※）で、かつ、ID・パスワードを取得したものに限りです。
- (2) 医療情報は、専用の回線を使うため、外部からの不正な侵入を防ぎます。

### 3. 利用はいつでもやめられます

晴れやかネットの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当施設へ提出してください。

晴れやかネットの利用は、患者さん本人の自由な意思によります。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の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。

※ID・パスワードを取得した医療職員とは

- ・職種は 一医師、歯科医師、薬剤師、看護師、助産師、保健師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、診療Iⅹ線技師、救急救命士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、臨床工学技士、臨床検査技師、衛生検査技師、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、システム管理者 一です。
- ・いずれも資格または就業規則に守秘義務が課せられています。
- ・ID・パスワードの取得にあたっては、全員運用講習会を受講し、誓約書にサインをしています。

〈お問い合わせ先〉

一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会  
〒700-0024 岡山市北区駅元町19-2 岡山県医師会館5階  
TEL: 086-259-2077 FAX: 086-259-2088  
E-mail: office@hareyakanet.jp http://hareyakanet.jp

## 晴れやかネット同意書

開示施設名

院長 殿

私は、晴れやかネットに関する説明および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、私の医療情報が下記の医療機関で利用されることに同意します。

年 月 日

患者さん記入欄				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)	様 (旧姓 : )	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日
代筆による記載	代筆者名(自署) : (続柄)			
公開を依頼する 開示施設の診察券番号	※本人確認のためにできる限りご記入ください。			

医療機関記入欄			
医療機関名			
医療機関所在地	<input type="checkbox"/> 岡山県 <input type="checkbox"/> 広島県		
説明担当者	(部署)	(氏名)	
T E L		F A X	
患者診察券番号 ※貴施設での患者番号を記入。診察券番号の先頭に「0」が含まれる場合は省略しないでください。			

医療機関)

同意取得の際に同意撤回届とあわせて記入し、本同意書はコピーを、同意撤回届は原本を患者さんへお渡しください。  
情報開示施設の住所、FAX番号などは、晴れやかネットホームページを参照してください。

## (開示施設記載欄)

担当者名 : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

設定完了

日付

/

※情報公開設定完了後、右の「設定完了」に日付・担当者名・TELを記入の上で、閲覧施設へFAXしてください。

## 晴れやかネット同意撤回書

開示施設名

院長 殿

私は、下記の医療機関から説明を受け、晴れやかネットの利用に同意をしておりましたが、撤回いたします。

↓同意取得の際に同意書とあわせて記入してください。

年 月 日

医療機関記入欄			
医療機関名			
医療機関所在地	<input type="checkbox"/> 岡山県 <input type="checkbox"/> 広島県		
説明担当者	(部署)	(氏名)	
T E L		F A X	

患者さん記入欄				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)	様 (旧姓 : )	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日
代筆による記載	代筆者名(自署) : (続柄)			
撤回の理由等				

医療機関)

同意取得の際に本同意撤回届を記入し、原本を患者さんへお渡しください。

情報開示施設の住所、FAX番号などは、晴れやかネットホームページを参照してください。

## (開示施設記載欄)

担当者名 : \_\_\_\_\_

T E L : \_\_\_\_\_

設定解除

日付

/

※設定解除完了後、右の「設定解除」に日付・担当者名・TELを記入の上で、閲覧施設へFAXしてください。