

# 晴れやかネット 双方向情報共有システム（シェアメド） 説明書

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

双方向情報共有システム（シェアメド）は、診療所・薬局等で保有する、患者さんご自身の受診の状況や治療歴、検査結果などを、晴れやかネットに参加するすべての病院、診療所、薬局で共有する仕組みです。

必要な時に、あなたの診療情報、薬の情報、検査情報を参照することで、かかりつけ医から紹介された病院の医師からの確かな診察が受けることができたり、服用中の薬と併用しても問題ない薬が確実に処方されるなどの効果があります。また、救急搬送された時に、あなたの情報を参照することで、より安全で効率的な治療を受けることができます。

## 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。

参加医療機関は、参加施設は増えることが想定されますので、最新情報は下記ホームページでご確認ください。晴れやかネットホームページ：<http://hareyakanet.jp/>

※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X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（晴れやかネット事務局）  
〒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 双方向情報共有システム（シェアド） 同意書

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、(データ保有施設名: \_\_\_\_\_)にある私の診療情報が、晴れやかネット参加施設において参照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)			

## [ 説明者記入欄 ]

施設名 : \_\_\_\_\_

施設住所 : \_\_\_\_\_

TEL / FAX : \_\_\_\_\_

説明者氏名 : \_\_\_\_\_

※医療機関へ:開示を依頼する場合は、相手方へ FAX してください

## (医療機関使用欄)

患者さんへは、説明書を元に同意の意思をいただいたのちに、本同意書に記入をお願いしてください。  
本同意書は2部コピーし、1枚を患者さんへ、1枚を保管してください。  
当シェアドの同意書の原本は晴れやかネット事務局へお送りください。

# 晴れやかネット 双方向情報共有システム（シェアド） 同意撤回書

私は、(データ保有施設名: \_\_\_\_\_)にある

私の情報について、晴れやかネットでの公開に同意をしておりましたが、撤回いたします。

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	歳	(明治・大正・昭和・平成)
		<input type="checkbox"/> 女性		年 月 日
代筆による記載	代筆者名(自署): _____ (続柄)			

## [ 説明者記入欄 ]

施設名 : \_\_\_\_\_

施設住所 : \_\_\_\_\_

TEL / FAX : \_\_\_\_\_

説明者氏名 : \_\_\_\_\_

### 医療機関

同意書取得の際に、本撤回書の医療機関記入欄に記載のうえ、原本を患者さんへお渡しください。

### (撤回書が提出された場合)

撤回を依頼する場合は、データ保有施設へ FAX してください  
本書が提出された時は、原本は晴れやかネット事務局へお送りください。