

## 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（説明を受けた医療機関を含む）等で相互に共有され、私の受ける診療に利用されることに同意します。

## (条件)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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】

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	明治・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	【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病院・参照診療所】 ※ 参照病院又は参照診療所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)

医療機関名		説明者	<input type="checkbox"/> 主治医に同じ
主治医			
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。