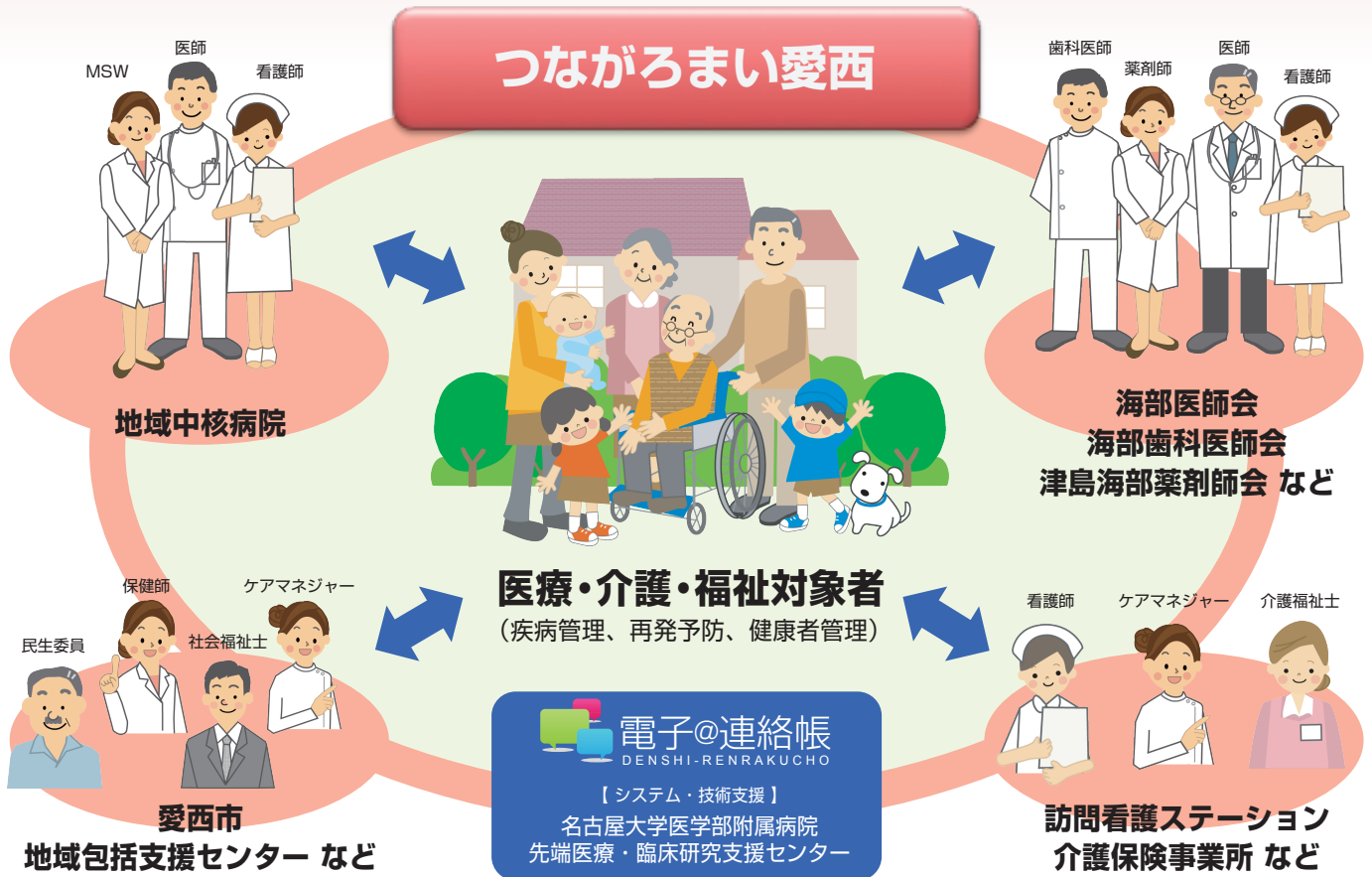


在宅医療・福祉統合ネットワーク

つながるまい愛西

本ネットワークでは、愛西市民のみなさまが住み慣れたまちでいつまでも自分らしい生活を続けていくことができるように、病院、診療所、歯科医院、薬局、介護保険事業所、地域包括支援センター、行政等が電子@連絡帳システム(多職種情報共有基盤)を活用して連携し、みなさまを医療・介護・福祉の面から支援する体制の構築をめざしています。



詳しくは、つながるまい愛西ポータルサイトをご覧ください。

<https://ptl.iij-renrakucho.jp/aisai/>

または

検索

で、検索できます。

説明者： _____ の説明を理解し、愛西市『つながるまい愛西』
を利用した支援を受ける事に同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 同意署名： _____

※ご本人が未成年又は、本人の意思が確認できない場合

代理人： _____ (続柄： _____)

登録される情報の例

基本情報

氏名
住所
電話番号
緊急連絡先
等

介護情報

要介護認定
サービス計画
・利用状況
等

医療情報

病歴
服薬状況
医療上の指示
患部の画像
等

在宅医療・福祉統合ネットワーク

「つながろまい愛西」説明と同意書

当機関は、地域をあげて、あなたを医療・介護・福祉の面から支援するために、在宅医療・福祉統合ネットワーク「つながろまい愛西」に参加しています。つながろまい愛西は、高いセキュリティに守られたインターネット上で、患者情報を連携するシステムです。

システムの登録を許可された病院、診療所、歯科医院、薬局、介護保険事業所、地域包括支援センター、行政等のみが活用して連携し、あなたが住み慣れたまちで、いつまでも自分らしい生活を続けていくことができるよう支援します。

個人情報取扱同意書

1 運用目的

あなたの療養生活を総合的に支援するため、あなたを支援するチームの担当者及び機関が、あなたの医療・介護・福祉情報を「つながろまい愛西」に登録して共有し、活用します。

また、サービスの向上を目指すために、統計データとしてあなたの情報を匿名化した上で使用することがあります。

2 情報を共有する機関

あなたを支援するチームの担当者及び機関のうち、つながろまい愛西に登録した機関（愛西市、海部医師会、海部歯科医師会、津島海部薬剤師会に所属する機関、介護保険事業所、地域包括支援センター等）が情報を共有します。また、愛西市外の医療介護機関を利用する市民にも活用できるようにするために近隣市町村が運用する同システムとの連携を進めています。

3 個人情報の管理

このネットワークは、厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づいて、ネットワーク上の個人情報を保護しています。

なお、情報共有の停止を希望される場合は、あなたの担当のケアマネジャー、かかりつけ医（主治医）、愛西市役所高齢福祉課（TEL：0567-26-8111）などにご連絡ください。

在宅医療・福祉統合ネットワーク
「つながろまい愛西」説明と同意書

当機関は、地域をあげて、あなたを医療・介護・福祉の面から支援するために、在宅医療・福祉統合ネットワーク「つながろまい愛西」に参加しています。つながろまい愛西は、高いセキュリティに守られたインターネット上で、患者情報を連携するシステムです。

システムの登録を許可された病院、診療所、歯科医院、薬局、介護保険事業所、地域包括支援センター、行政等のみが活用して連携し、あなたが住み慣れたまちで、いつまでも自分らしい生活を続けていくことができるよう支援します。

個人情報取扱同意書

1 運用目的

あなたの療養生活を総合的に支援するため、あなたを支援するチームの担当者及び機関が、あなたの医療・介護・福祉情報を「つながろまい愛西」に登録して共有し、活用します。

また、サービスの向上を目指すために、統計データとしてあなたの情報を匿名化した上で使用することがあります。

2 情報を共有する機関

あなたを支援するチームの担当者及び機関のうち、つながろまい愛西に登録した機関(愛西市、海部医師会、海部歯科医師会、津島海部薬剤師会に所属する機関、介護保険事業所、地域包括支援センター等)が情報を共有します。また、愛西市外の医療介護機関を利用する市民にも活用できるようにするために近隣市町村が運用する同システムとの連携を進めています。

3 個人情報の管理

このネットワークは、厚生労働省が定める「医療機関情報システムの安全に関するガイドライン」に基づいて、ネットワーク上の個人情報を保護しています。

なお、情報共有の停止を希望される場合は、あなたの担当のケアマネジャー、かかりつけ医(主治医)、愛西市役所高齢福祉課(TEL: 0567-26-8111)などにご連絡ください。

説明者： _____ の説明を理解し、愛西市『つながろまい愛西』
を利用した支援を受ける事に同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 同意署名： _____

※ご本人が未成年又は、本人の意思が確認できない場合

代理人： _____ (続柄： _____)