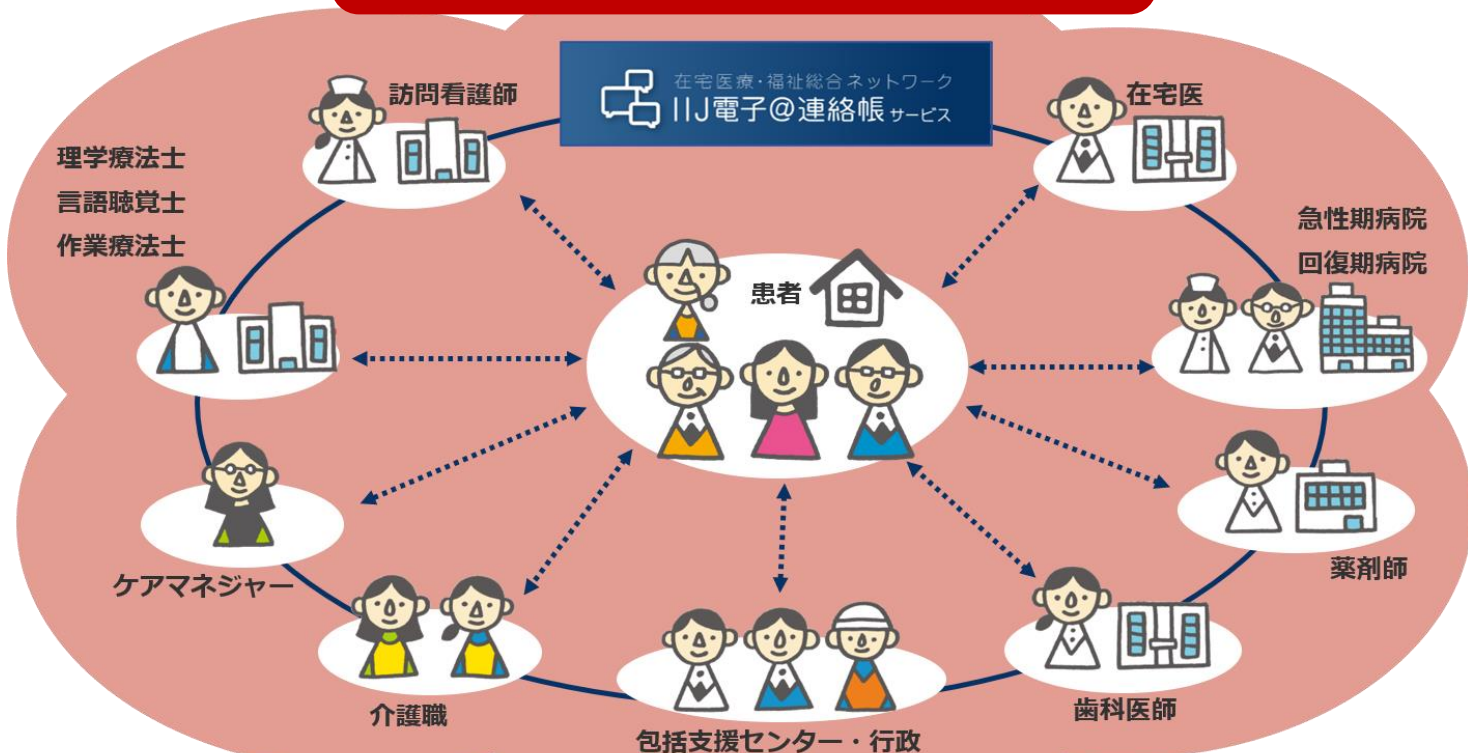


# だし丸くんネット



だし丸くんネットは、市民のみなさんが安心して在宅療養ができるように、在宅医療・介護・保健・福祉の多職種がチームを組み、ICT（情報通信技術）を活用して医療ケアの情報を共有するシステムです。

多職種によるチームケアで支援します



詳しくは、だし丸くんネット ポータルサイトをご覧ください。

<http://ptl.iij-renrakucho.jp/handa/>

または

だし丸くんネット

検索

で、検索できます。

説明者： \_\_\_\_\_（医療機関・施設等： \_\_\_\_\_）の説明を理解し、

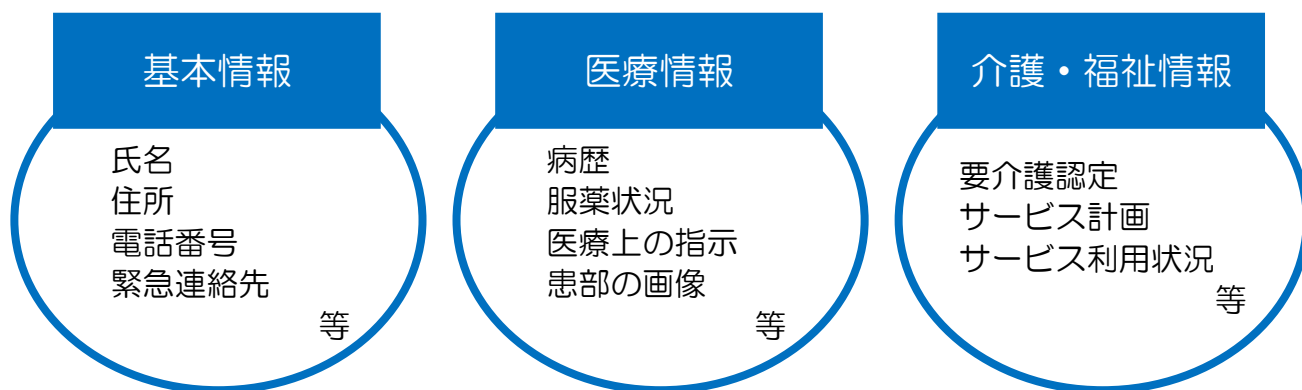
支援チームが「だし丸くんネット」を利用して、私の個人情報を共有することに同意します。

年 月 日 同意署名： \_\_\_\_\_

※本人の意志が確認できない又は本人が未成年の場合

代理人： \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

【ご本人様控え】



半田市医療・介護・保健・福祉連携システム

## 「だし丸くんネット」説明と同意書

半田市では、病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、包括支援センター、行政等が半田市医療・介護・保健・福祉連携システム「だし丸くんネット」を活用し、あなたが住み慣れた自宅ですべて自分らしい生活を続けていくことができるように支援します。

### 個人情報取扱同意書

#### 1. 運用目的

あなたを医療・介護・保健・福祉等の面から支援するため、プライバシー保護を厳重に図りながら、あなたの情報を「だし丸くんネット」に登録し、電子@連絡帳登録機関がネットワーク接続により支援チーム（担当者及び機関）で情報を共有することで多職種連携を図ります。

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、「だし丸くんネット」に登録した機関（愛知県医師会及び郡市区医師会、愛知県歯科医師会及び郡市区歯科医師会、愛知県薬剤師会及び郡市区薬剤師会に所属する機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、包括支援センター、半田市等）がネットワーク接続をして情報を共有します。

#### 3. 個人情報の管理

このシステムは、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」に基づき、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、同意書記入時の説明者又は半田市在宅医療・介護サポートセンター（[TEL:0569-84-0697](tel:0569-84-0697)）などにご連絡ください。

## 「だし丸くんネット」説明と同意書

半田市では、病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、包括支援センター、行政等が半田市医療・介護・保健・福祉連携システム「だし丸くんネット」を活用し、あなたが住み慣れた自宅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支援します。

### 個人情報取扱同意書

#### 1. 運用目的

あなたを医療・介護・保健・福祉等の面から支援するため、プライバシー保護を厳重に図りながら、あなたの情報を「だし丸くんネット」に登録し、電子@連絡帳登録機関がネットワーク接続により支援チーム（担当者及び機関）で情報を共有することで多職種連携を図ります。

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、「だし丸くんネット」に登録した機関（愛知県医師会及び郡市区医師会、愛知県歯科医師会及び郡市区歯科医師会、愛知県薬剤師会及び郡市区薬剤師会に所属する機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、包括支援センター、半田市等）がネットワーク接続をして情報を共有します。

#### 3. 個人情報の管理

このシステムは、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」に基づき、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、同意書記入時の説明者又は半田市在宅医療・介護サポートセンター（[TEL:0569-84-0697](tel:0569-84-0697)）などにご連絡ください。

説明者： \_\_\_\_\_（医療機関・施設等： \_\_\_\_\_）の説明を理解し、

支援チームが「だし丸くんネット」を利用して、私の個人情報を共有することに同意します。

年 月 日 同意署名： \_\_\_\_\_

※本人の意志が確認できない又は本人が未成年の場合

代理人： \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

【医療・介護・福祉機関等控え】