

在宅医療・福祉統合ネットワーク「東三河ほいっぴネットワーク」

個人情報取扱同意書

患者（サービス利用者）様の個人情報の利用については、以下のとおり取扱いをいたします。

1 ネットワークの目的

東三河ほいっぴネットワーク（以下、「ほいっぴネットワーク」と言う。）は、患者（サービス利用者）様のプライバシー保護を厳重に図りながら診療・介護情報の一部を、ほいっぴネットワークに参加する医療機関、介護施設、薬局、訪問看護ステーション、在宅サービス提供者間を結ぶネットワークで共有し、診療・検査や日々のケアなどから得られた多くのデータを元に治療法等を検討し、質の高い安全な診療・介護の提供を可能にすることを目的としています。

2 情報共有の範囲

情報共有の範囲は、ほいっぴネットワーク及びほいっぴネットワークと広域連携協定を締結したネットワーク（※）を利用する医療機関等のうち、患者（サービス利用者）様が適正な医療・介護サービスを受けるために支援を行う医療機関等の間に限られます。

※ 広域連携協定を締結しているネットワークをお知りになりたい場合は、事務局（介護高齢課 電話：89-3179）までお問い合わせください。

3 個人情報の安全確保

ほいっぴネットワークは、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに基づいた記述で外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。

4 ほいっぴネットワークの利用開始・利用中止

ほいっぴネットワークの利用にあたっては、かかりつけ医（主治医）や、担当のケアマネジャー、ほいっぴネットワーク参加施設等において、必ず、患者（サービス利用者）様の同意をいただいたうえで利用を開始します。

また、ほいっぴネットワークの利用を中止したい場合は、いつでも中止することができます。その場合には、いつでも患者（サービス利用者）様のかかりつけ医（主治医）や、担当のケアマネジャー等に申し出てください。

ほいっぴネットワークを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事はありません。

なお、多職種によるチームケアを受けていらっしゃる場合は、所属施設が異なるスタッフも支援チームの一員とし、支援チーム内は情報共有ネットワークの対象とさせていただきます。

説明者： _____（医療機関・施設等名： _____）

の説明により、在宅医療・福祉統合ネットワーク「東三河ほいっぴネットワーク」を利用し、患者（サービス利用者）の情報を関係多職種間で共有することについて同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者（サービス利用者）署名 _____

※ご本人様が未成年又は同意困難な場合 ご本人氏名 _____

代理人署名 _____（続柄： _____）