

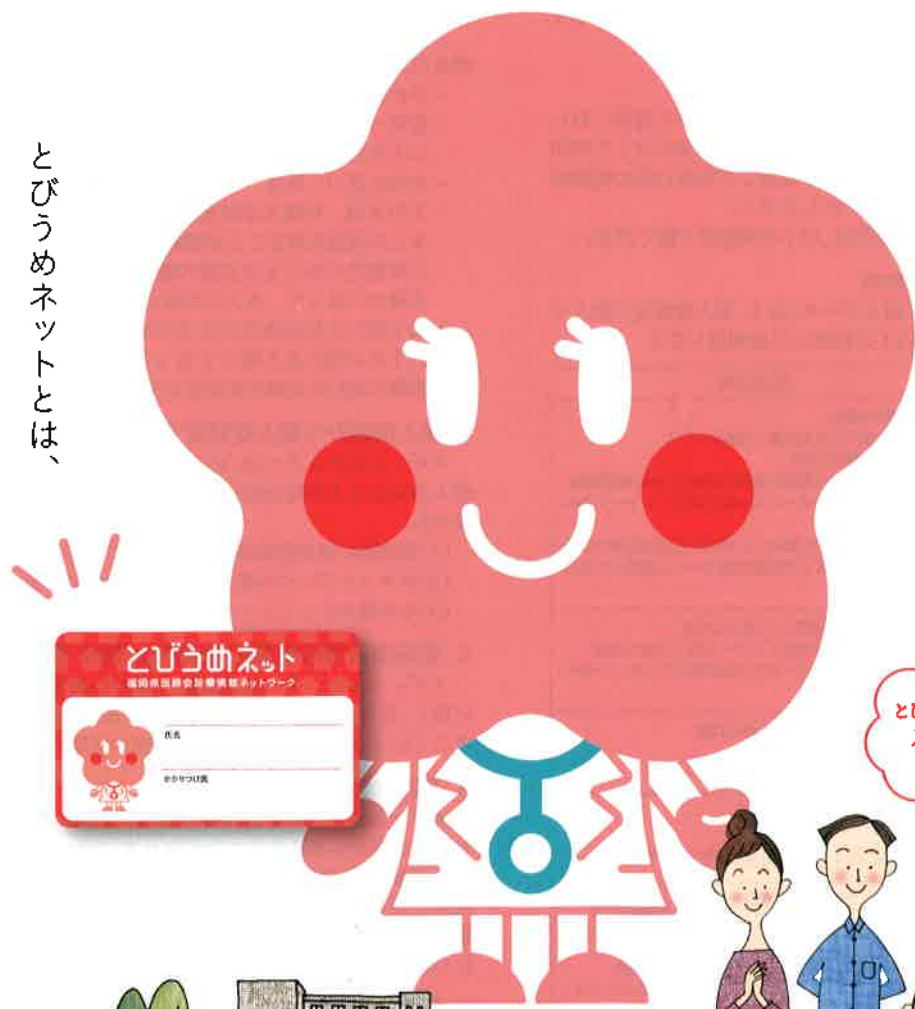
利用同意書

福岡県医師会診療情報ネットワーク

とびうめネット 登録のススメ。

ふくおかで、
安心な毎日を
過ごすために。

とびうめネットとは、
医療情報を登録し、
緊急時に迅速で適正な医療を
支援するネットワークです。



とびうめネット
マスコットキャラクター
うめこ先生

とびうめネットに
入ったら
安心やね。



とびうめネット事業主体



公益社団法人 福岡県医師会

詳しくは右記の電話番号まで
お問い合わせください。

とびうめネット事務局 公益財団法人 福岡県メディカルセンター

☎092-476-3809

〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2-9-30

(平日9時~17時)

福岡県医師会診療情報ネットワークの個人情報保護指針

福岡県医師会診療情報ネットワーク(以下、「本ネットワーク」という。)は、住民の皆様が安心安全な医療を実施することを情報面からサポートすることを目的に、住民の皆様からご提供いただいた個人情報を活用しております。

本ネットワークの事業主体は、公益社団法人福岡県医師会(以下、「福岡県医師会」という。)であり、公益財団法人福岡県メディカルセンター(以下、「メディカルセンター」という。)が事務局業務を実施いたします。

両法人は、本ネットワークの運営に際し、個人情報を提供いただいた方々の信頼に応えられるよう、適切に管理・保護することを重要な責務と認識し、この責務を果たすため、個人情報の保護に関する法律(以下、「個人情報保護法」という。)及び医療・介護関係者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン等の個人情報保護関連の各種法令や倫理指針を遵守するとともに、本指針に従い、個人情報の適切な管理・保護に努めてまいります。

なお、本ネットワークでは医療法その他の法令に関連する情報を扱うことが想定されています。それらの情報の取り扱いについては、その該当する法令の規定に従います。

1. 個人情報の利用

福岡県医師会及びメディカルセンターは、本ネットワークに提供された住民の皆様個人情報を、ご提供頂く際に住民の皆様にお知らせした利用目的または福岡県医師会のホームページにて公表した利用目的の範囲内でのみ利用し、これ以外の目的には利用いたしません。

本ネットワークの個人情報の利用目的は、以下の情報をご覧ください。

(1) 個人情報及び個人データの利用目的

本ネットワークは、個人情報及び個人データ(以下、「個人情報及び個人データ」を単に「個人情報」という。)を以下の目的のみに利用します。

「個人情報」の種類	利用目的
福岡県医師会診療情報ネットワークに参加する住民の個人情報	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療の提供 自らがお受けになる医療・介護サービス 自らの健康維持・管理 本ネットワークの業務の維持/改善のための基礎資料 本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼 地域医療提供体制の質向上に寄与する実証事業や調査 お住まいの行政区での医療介護サービス提供のための基礎資料
お問い合わせ・相談等の中出者等に関する個人情報	<ul style="list-style-type: none"> お問い合わせ、相談等への適切な対応 上記相談対応の満足度アンケート等への協力依頼 本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼
個人情報に関する開示請求・苦情等の中出者等に関する個人情報	<ul style="list-style-type: none"> 請求、苦情等への対応のための調査 本人、代理人の確認 回答の送付及び必要な連絡

(2) 共同利用

以下の個人データについては、以下に従い共同利用いたします。

共同利用する個人データの項目	共同利用する目的	共同利用する者の範囲	管理責任者
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、検体検査結果、診療に関する情報・介護情報(注1)、介護サービスに関する情報等	よりよい診療・介護サービスの提供 患者様の健康維持・管理	ネットワークに参加する医療機関・施設・他事業者(保険者・自治体)(注2) 患者様が指定した医療機関等を除外(注3)	公財)福岡県メディカルセンター
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、患者の状態に関する情報等	救急時の搬送を円滑に行うため	救急業務を行う自治体部局	公財)福岡県メディカルセンター

注1)診療情報・介護情報に含まれる情報項目は下記情報を含みます。

- ・病歴
- ・身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む)、その他の心身の機能の障害等があること
- ・健康診断その他の検査の結果
- ・保健指導の内容、診療情報及び調剤情報
- ・将来発症する可能性のある疾患、非発症原因者として子孫へ遺伝子変異を伝える可能性を勘案させる情報
- ・遺伝子検査結果にかかる情報(いわゆるゲノム情報)

注2)ネットワークに参加する医療機関・施設・他事業者(保険者・自治体)については「福岡県医師会診療情報ネットワーク」とびうめネット」のホームページ(下記URL)にて公開されています。なお、ネットワークに参加する医療機関等は今後増減することが想定されます。
<https://tobiumenet.com/>

注3)患者様が指定した医療機関とは、非公開先として選択された医療機関等を指します。

2. 個人情報の適切な管理・保護

メディカルセンターは、皆様の個人情報を適切に管理・保護するため、以下のような対策を実施しております。

- ・法人全体の個人情報保護に関する推進組織の設置ならびに個人情報を保有する各部門に個人情報管理責任者を任命
- ・個人情報保護法及び各省庁の個人情報取扱いに関するガイドラインに準拠した社内規定類の整備
- ・個人情報保護の重要性および上記の規定類の周知・徹底を図るための従業員等への教育・啓蒙の実施
- ・個人情報管理台帳の整備および個人情報への適切なアクセス制限の実施
- ・外部からの個人情報への不正アクセスまたは個人情報の漏洩、毀損もしくは改ざん等を防止するための適切かつ合理的なレベルの安全策の実施

3. 第三者への提供・開示

メディカルセンターは、次の場合を除き、皆様の個人情報を第三者に提供または開示しません。

- ・予め皆様から個人情報の開示について同意をいただいている場合
- ・提供・開示に際して法的に有効な本人の同意が確認できる書類が呈示された場合
- ・法令に基づく場合
- ・人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- ・公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- ・国や地方公共団体等が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

4. 個人情報から個人を特定する情報を除去した情報の取り扱い

メディカルセンターは、次の場合を除き、皆様由来する情報について個人を特定する情報を除去した上でも第三者に提供または開示はいたしません。

- (1)福岡県の医療供給体制の質向上に寄与する事業・研究
- (2)本ネットワークの事業効果を明らかにするための情報提供・研究
- (3)その他本ネットワークを維持・発展させていくために必要な資料作成

5. 業務報告等の情報の公開等に関する取り扱い

メディカルセンターは業務報告等の公表や第三者への提供を実施するに際し、皆様由来する情報を使用する場合については、集計処理等を行うことによって、個人単位の情報で無い状態に加工いたします。

6. 委託先の管理

メディカルセンターは、利用目的の実施に必要な範囲で、個人情報の取り扱いを外部に委託することがありますが、委託する場合にはそれぞれの法人が個人情報を適切に取り扱うと認める委託先を選定します。また、委託先に対し、利用目的の実施に必要な範囲のみに限定して個人情報を提供または開示し、契約等により個人情報の適切な取り扱いを求め、その状況について定期的に確認します。

7. 個人情報に関する開示・訂正等の請求への対応

メディカルセンターは、皆様から、ご自身の個人情報に関する利用目的の通知、開示、訂正等(訂正、追加、削除)、利用停止等(利用停止、消去)または第三者提供の一部もしくは全部の停止に関するご請求があった場合には、ご本人であることを確認させていただいたうえで、応じられない合理的な理由の無い限り、これに対応いたします。ご請求はメディカルセンターへご連絡ください。

8. 個人情報に関するお問い合わせ・苦情等への対応

皆様の個人情報の取扱いに関するお問い合わせ・苦情等は、メディカルセンターへご連絡ください。適切かつ迅速に対処できるよう努めてまいります。

9. 個人情報の取扱いの見直しおよび改善

福岡県医師会及びメディカルセンターでは、上記の個人情報の取扱いに関して適宜見直し、一層の個人情報保護のために継続的改善に取り組んでまいります。これに伴い、本指針が予告無しに変更されることがありますことを予めご了承ください。

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書(患者様控)兼 仮登録証

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関			(担当医)		
自施設患者ID			※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。		
フリガナ			性別	生年月日	
利用者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
保険証	記号		番号		
住所 (とびうめネット登録 カード郵送先の住 所をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 ()				
	郵便番号	—	県	市・郡	
	(上記以降の住所)				
	区	町	丁目	番	号
本人連絡先	☎	—	—		
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人
	② ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人

緊急時 紹介先医療機関	<input type="checkbox"/> 参加している緊急時紹介先医療機関すべて (参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします) <u>情報を公開したくない医療機関</u> がある場合には、別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、 番号を記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。	<input type="text"/> <input type="text"/>
----------------	---	---

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
 会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」(以下「ネットワーク」という。)について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報保護指針についても確認しました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報・介護情報(注1)をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、質の高い安全な医療を提供するために、ネットワークに参加する医療機関及び救急機関、他事業者(介護施設・保険者・行政)(注2)がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏名: 印

(自署のみでも可)
 代理人の場合、代理人氏名と続柄をご記入ください。

(署名欄)

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書(患者様控)兼 仮登録証

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関			(担当医)		
自施設患者ID			※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。		
フリガナ			性別	生年月日	
利用者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
保険証	記号		番号		
住所 <small>(とびうめネット登録カード郵送先の住所をご記入下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 ()				
	郵便番号	—	県	市・郡	
	(上記以降の住所)		区町	丁目	番号
本人連絡先	☎	—	—		
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人
	② ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人

緊急時 紹介先医療機関	<input type="checkbox"/> 参加している緊急時紹介先医療機関すべて(参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします) 情報を公開したくない医療機関がある場合には、別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、 番号を記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。
----------------	--

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」(以下「ネットワーク」という。)について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報保護指針についても確認しました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報・介護情報(注1)をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、質の高い安全な医療を提供するために、ネットワークに参加する医療機関及び救急機関、他事業者(介護施設・保険者・行政)(注2)がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏名: 印

(自署のみでも可)
代理人の場合、代理人氏名と続柄をご記入ください。

(署名欄)

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関			(担当医)		
自施設患者ID			※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。		
フリガナ			性別	生年月日	
利用者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
保険証	記号		番号		
住所 (とびうめネット登録カード郵送先の住所をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 ()				
	郵便番号	—	県	市・郡	
	(上記以降の住所)				
	区	町	丁目	番	号
本人連絡先	☎	—	—		
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人
	② ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人

緊急時紹介先医療機関	<input type="checkbox"/> 参加している緊急時紹介先医療機関すべて(参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします)情報を公開したくない医療機関がある場合には、別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号を記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。
------------	--

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
 会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」(以下「ネットワーク」という。)について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報保護指針についても確認しました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報・介護情報(注1)をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、質の高い安全な医療を提供するために、ネットワークに参加する医療機関及び救急機関、他事業者(介護施設・保険者・行政)(注2)がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏名: 印

(自署のみでも可)
 代理人の場合、代理人氏名と続柄をご記入ください。

(署名欄)

登録番号 ※事務局使用欄

福岡県医師会診療情報ネットワーク基本情報登録用紙

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関			(担当医)		
自施設患者ID			※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。		
フリガナ			性別	生年月日	
利用者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
保険証	記号		番号		
住所 (とびうめネット登録 カード郵送先の住 所をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 ()				
	郵便番号	—	県	市・郡	
	(上記以降の住所)		区 町	丁目	番 号
本人連絡先	☎	—	—		
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人
	② ☎	—	—	続柄	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人

※以降の項目については、システムへの入力をお願いいたします。

緊急時 紹介先医療機関	<input type="checkbox"/> 参加している緊急時紹介先医療機関すべて(参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします) 情報を公開したくない医療機関がある場合には、別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、 番号を記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。				
訪問看護ステーション			担当看護師		
居宅支援事業所			ケアマネ		
主な病名 (15文字以内) ※他の病名は 「病歴・経過等」 の中に記載する。	病名①				
	病名②				
	病名③				
	病名④				
	病名⑤				
病歴・経過等 (100文字以内)				

福岡県医師会診療情報ネットワーク基本情報登録用紙

処方		禁忌薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
アレルギー	<input type="checkbox"/> ヨード	<input type="checkbox"/> 食物	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他
現在の医療・処置	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 体内金属	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 透析療法 <input type="checkbox"/> その他
日常生活状態	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	栄養経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 流動
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
<input type="checkbox"/> 杖		<input type="checkbox"/> シニアカー	<input type="checkbox"/> 手押しカート <input type="checkbox"/> 車いす	
呼吸	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	
障害者医療	身体障害者	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級
	療育	<input type="checkbox"/> 療育手帳		
	精神障害者	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級
介護保険	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 申請中	
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害情報	<input type="checkbox"/> 嚥下障害			
	<input type="checkbox"/> 視覚障害			
	<input type="checkbox"/> 運動障害	⇒	障害部位(<input type="checkbox"/> 上肢 : <input type="checkbox"/> 下肢)	
	<input type="checkbox"/> 聴覚障害	⇒	コミュニケーション手段(<input type="checkbox"/> 筆談 : <input type="checkbox"/> その他)	
	<input type="checkbox"/> 言語障害	⇒	コミュニケーション手段(<input type="checkbox"/> 筆談 : <input type="checkbox"/> その他)	
認知自立度	<input type="checkbox"/> Ⅰ日常生活は自立		<input type="checkbox"/> Ⅱ他者の注意があれば自立	<input type="checkbox"/> Ⅲ日常生活に支障あり、介護必要
	<input type="checkbox"/> Ⅳ常時介護要		<input type="checkbox"/> Ⅴ著しい精神状態、問題行動あり、専門医療必要	
行動の特徴	<input type="checkbox"/> 被害的	<input type="checkbox"/> 作り話	<input type="checkbox"/> 感情が不安定	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	<input type="checkbox"/> 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 落ち着きなし
	<input type="checkbox"/> 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ
	<input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> 話がとまらない	<input type="checkbox"/> 自分勝手に行動する	
	<input type="checkbox"/> その他()			
	【 搬入先病院に希望する医療 】			
救命救急医療が必要な場合	<input type="checkbox"/> 現時点では未定		<input type="checkbox"/> 輸血は希望しない	
	<input type="checkbox"/> 担当医の判断に委任する		<input type="checkbox"/> 手術は希望しない	
	<input type="checkbox"/> 私の臓器を提供したい		<input type="checkbox"/> 気管内挿管、人工呼吸は希望しない	