

ふじのくにねっと登録説明書

ふじのくにバーチャルメガホスピタル（ふじのくにねっと）とは、患者さまの診療情報を複数の医療関連施設間で共有して、患者さまにより良い医療を提供するためのコンピューターネットワークシステムです。

ご利用にあたってはふじのくにねっとへの患者さまの登録が必要です。登録をご希望される場合は、ふじのくにねっとの目的、利用のメリット、安全性確保などにご納得いただいた上でお申し込みください。ご登録いただいた場合でも、ふじのくにねっと参加施設の間で患者さまの診療情報を共有させるかどうかの選択は、原則としてその都度、患者さまご自身の意思でご判断いただけます。

登録を希望されない場合や、途中で登録を解除された場合でも、診療に何ら不利益を被ることはありません。以下の説明内容をご理解の上、登録申込書にご署名をお願いします。

1. ふじのくにねっとの目的

患者さまの治療内容や検査データなどの診療情報を、ふじのくにねっとに参加する施設で共有し、患者さまの医療に役立てることを目的としています。

2. ふじのくにねっと利用のメリット

- ・患者さまご自身のかかわる複数の施設で、患者さまの病気の状態を把握しやすくなります。
- ・ふじのくにねっとの情報をもとに、安全で質の高い医療を受けられることが期待されます。
- ・ふじのくにねっとの情報は、参加施設で緊急診療を受ける場合の参考となります。

3. 個人情報保護と診療情報の取り扱い

- (1) ふじのくにねっとで診療情報を見ることができるのは、原則として**患者さまご自身の診療に関わる医療関連施設**に限られます。
- (2) 情報参照の際は**参照者が患者さまにその都度説明し、患者さまご自身に参照を許可するかどうかをご判断いただきます**。ただし、以下の場合は許可を得ず事後説明となる場合があります。
 - ・医師が患者さまの診療のために相談などを必要と判断し、他の専門施設へ情報開示する場合。
 - ・医師が緊急と判断し、搬送元や搬送先などの施設へ情報開示する場合。
- (3) 開示・参照された診療情報は、医療従事者の守秘義務に基づき、遺漏のないよう管理されます。
- (4) 開示施設の判断により、診療情報を開示しない場合があります。
- (5) 参照者の判断により、必ずしも情報参照を必要としない場合があります。
- (6) このシステムは厚生労働省の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き、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. ふじのくにねっと参加医療関連施設

最新の参加施設は、ふじのくにねっとのホームページでご確認ください。

5. ふじのくにねっと登録解除手続き

登録解除の申し出により、いつでも中止することができます。ふじのくにねっと登録解除申込書に必要事項をご記入の上、お近くのふじのくにねっと開示施設にご提出ください。

6. お問い合わせ

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル協議会ふじのくにねっと事務局
静岡県立総合病院内 電話番号 054-247-6111（代表）
「ふじのくにねっとについての問い合わせ」とお伝えください。

ふじのくにねっと登録解除申込書

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル（通称ふじのくにねっと）統括責任者 殿

私は、下記施設において、ふじのくにねっとの説明を受け登録を申し込みましたが、登録を解除します。

<患者様ご記入欄>

登録を解除する際にご記入ください。

年 月 日

ふりがな
氏 名

_____ (旧姓 _____) 男・女 (自署)

※旧姓がある場合、旧姓もご記入ください。

生年月日

明治・大正・昭和

平成・令和

_____年 _____月 _____日

住 所

(代理者記載の場合 代理者署名： _____ 続柄： _____)

<説明施設記載欄>

登録解除申込書提出先施設（最寄りの開示施設）

施設名： _____

- 登録を解除する場合は、上記最寄りの開示施設に登録解除申込書をご郵送、またはご持参ください。最新の開示施設は、ふじのくにねっとのホームページでご確認いただけます。
- お急ぎの場合・お問い合わせは上記最寄りの開示施設へお願いします。

<開示施設ご担当者様へのお願い>

- 原本は各開示施設で保管をお願いします。

患者様控

ふじのくにねっと登録申込書

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル（通称ふじのくにねっと）統括責任者 殿

私は下記の説明者から、ふじのくにねっとに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解し、ふじのくにねっとへの登録を申し込みます。

<患者様ご記入欄>

年 月 日

ふりがな
氏 名 _____ (旧姓 _____) 男・女 (自署)

※旧姓がある場合、旧姓もご記入ください。

生年月日 明治・大正・昭和
平成・令和 _____年____月____日

住 所 _____

(代理者記載の場合 代理者署名： _____ 続柄： _____)

<説明施設記載欄>

FUJINOKUNI NET

説明者氏名： _____ (印)

説明者所属施設名： _____

(施設内 患者ID番号： _____)

<説明施設ご担当者様へのお願い>

- 登録申込書受領時、「登録解除申込書」に必要箇所を記入し、患者さまへお渡しください。
- 登録申込書は最寄りの開示施設へ原本をご提出ください。

<開示施設ご担当者様へのお願い>

- 原本は各開示施設で保管をお願いします。