

## 慈恵大学4病院地域連携システムによる診療情報閲覧に関する説明書

当院は、東京慈恵会医科大学附属病院の連携登録医療機関で、専用回線を経由し、東京慈恵会医科大学附属病院及び葛飾医療センター・第三病院・柏病院の診療情報を参照することができます。

以下の主旨をご理解いただき、このシステムによりあなたの診療情報を参照することに同意ください。

### 1. 患者さんにメリットがあります

このシステムを利用することで、東京慈恵会医科大学附属病院及び葛飾医療センター・第三病院、柏病院の診療情報を当院で参照できるようになり、検査結果がより迅速にわかり、経過を確認することができます。

また、同じ効果のある薬を過剰に処方してしまうことを減らすことができます。

なお、このシステムを利用することにより、患者さんの医療費に特別な負担が増えるようなことは、一切ありません。

### 2. 個人情報 は 固く 守られています

このシステムでは、診療情報という個人情報を取扱うこととなりますが、高いセキュリティ技術をもって接続しており、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。

### 3. 利用はいつでもやめられます

参照期間は、原則、参照開始日から1年間ですが、特段の申し出がない限り、治療に必要な期間、自動的に延長されます。ただし、患者さんの意思でいつでも中止することができます。その際は、遠慮なく同意を撤回したい旨を伝えてください。

このシステムの利用は、患者さん本人の自由な意思によります。説明を受けて、目的や意義、安全性の確保などにご納得をいただいたうえで、同意をいただいております。患者さんが希望されない場合や途中で同意を撤回した場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

また、このシステムは、参照に限ったサービスですので、あなたの検査記録のコピーを当院からお渡しすることはできません。

※ご不明な点につきましては、下記までお問い合わせください。

受付時間 月曜日から土曜日(但し、祝日、大学記念日を除く) 9:00~16:00

#### 【問い合わせ先】

東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター

〒277-8567 千葉県柏市柏下163番地1

TEL 04-7167-9680(直通)

東京慈恵会医科大学附属病院 院長 殿  
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 院長 殿  
東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長 殿  
東京慈恵会医科大学附属柏病院 院長 殿

スキャン済

## 慈恵大学 4 病院地域連携システム登録同意書 (地域医療機関)

私は、下記の医療機関から慈恵大学 4 附属病院地域連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的、個人情報の安全確保、参加を取りやめたい場合の手続きについて説明を理解しましたので、下記医療機関において診療情報を参照することに同意いたします。

### <患者記載欄>

同意日：	年	月	日		
情報参照を可能とする慈恵大学附属病院（該当する病院を選択してください）					
<input type="checkbox"/> 慈恵大学病院（本院）	受診歴：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 葛飾医療センター 受診歴：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 第三病院	受診歴：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 柏病院	受診歴：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ふりがな					
患者氏名：	性別：		男 ・ 女		
患者生年月日：	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和 ・ 西暦	年	月	日	
患者住所：					
患者電話番号：	（自宅）	（携帯）			
代理人（ご本人が記載できない場合）：	続柄：				

### <地域医療機関記載欄>

医療機関名：			
電話番号：	-	-	患者に説明 した方の氏名：
診療情報を参照する医師名：			
※複数名記入可。ただし、参照する医師は事前にシステム利用申請書の届出が必要です。			

【地域医療機関の方へお願い】本用紙記載後、コピーを2部とる。

コピー2部（患者さん控え・地域医療機関控え） 原本（慈恵大学病院保管）

原本は慈恵大学病院 患者支援センターへ郵送または、患者さんが受診時に慈恵大学病院 初診窓口提出

### 【問い合わせ先】

東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター

〒277-8567 千葉県柏市柏下163番地1

TEL 04-7167-9680(直通)

受付時間 9:00~16:00

東京慈恵会医科大学附属病院 院長 殿  
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 院長 殿  
東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長 殿  
東京慈恵会医科大学附属柏病院 院長 殿

スキャン済

## 慈恵大学4病院地域連携システム登録同意撤回書

私は、慈恵大学4病院地域連携システムによる診療情報の参照を取りやめたいので同意を撤回いたします。

### <患者記載欄>

同意撤回日:	年	月	日
ふりがな 患者氏名:	_____		
患者生年月日:	大正・昭和 平成・令和・西暦	年	月 日
患者住所:	_____		
患者電話番号:(自宅)	(携帯) _____		
代理人(ご本人が記載できない場合):	続柄: _____		
【撤回したい範囲】			
<input type="checkbox"/> 全体 ・ <input type="checkbox"/> 特定の医療機関(医療機関名 _____)			
慈恵大学附属病院( <input type="checkbox"/> 慈恵大学病院(本院)・ <input type="checkbox"/> 葛飾医療センター・ <input type="checkbox"/> 第三病院・ <input type="checkbox"/> 柏病院)			
公開撤回処理後のご連絡先 _____			

### <東京慈恵会医科大学附属病院記載欄>

受付日	年	月	日	撤回処理日	年	月	日
担当者	<input type="checkbox"/> 患者さんへ連絡済			<input type="checkbox"/> 地域医療機関へ連絡済			

※お手数ですが、本書を慈恵大学病院 患者支援センターへご郵送またはご持参ください。  
なお、公開撤回処理が終了しましたらご連絡いたします。

東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター  
〒277-8567 千葉県柏市柏下163番地1  
TEL 04-7167-9680(直通)  
受付時間 9:00~16:00 月曜日~土曜日(祝日、大学記念日を除く)