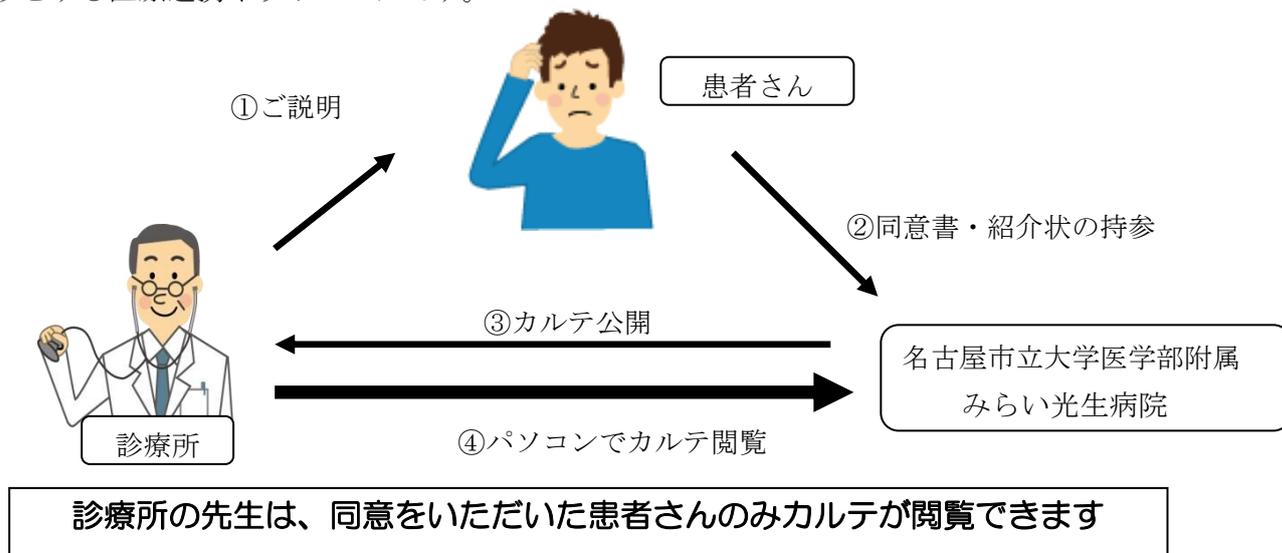


“MIRAI 光生ネット” 説明書

名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院は、“MIRAI 光生ネット”を運営しています。以下の主旨をよくご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

1 “MIRAI 光生ネット”とは

登録医の先生方のパソコンとみらい光生病院の電子カルテをインターネットで接続し、患者さんの正確な診療情報を迅速に共有することによって、より質の高い安全な医療を提供しようとする医療連携ネットワークです。



2 個人情報の安全確保

このシステムでは、患者さんの診療情報を守るために次のような対策を講じています。

- (1) このシステムで診療情報を見ることができるのは、患者さんが同意書を渡した登録医の先生だけに限られます。
- (2) このシステムは、名古屋市の「個人情報保護審議会」「情報審査委員会」で許可を得ており、外部からの不正な侵入に対しては厳格に情報を保護しています。

3 参加をやめたいときは

このシステムの参加をとりやめたくなった場合には、いつでも中止することができます。その場合には、「同意書」を提出した際に受け取った「同意取消書」を記入しみらい光生病院へ申請してください。

4 最後に

このシステムへの参加は、患者さん一人ひとりの自由な意思によります。参加されなかった場合や途中で参加を取りやめた場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

同意書

名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院長 殿

私は名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院地域医療連携システム“MIRAI 光生ネット”に関する説明を受け、診療上必要な個人情報を、下記の医師に対し“MIRAI 光生ネット”を用いて提供することに同意いたします。

記

医療機関名 :

医師名 :

利用期間 : 公開登録日から 60 日間

令和 年 月 日

本人署名（自署または押印）： _____
生年月日 年 月 日

家族（代諾者）署名： _____

同意取消書

名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院長 殿

記

私は、令和 年 月 日付で、() の
() 医師に対して、名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院の
運営する“MIRAI 光生ネット”を介して、私() の診療上
の個人情報の公開することについての同意を取り消します。

令和 年 月 日

本人署名（自署または押印）： _____

生年月日 年 月 日

家族（代諾者）署名： _____