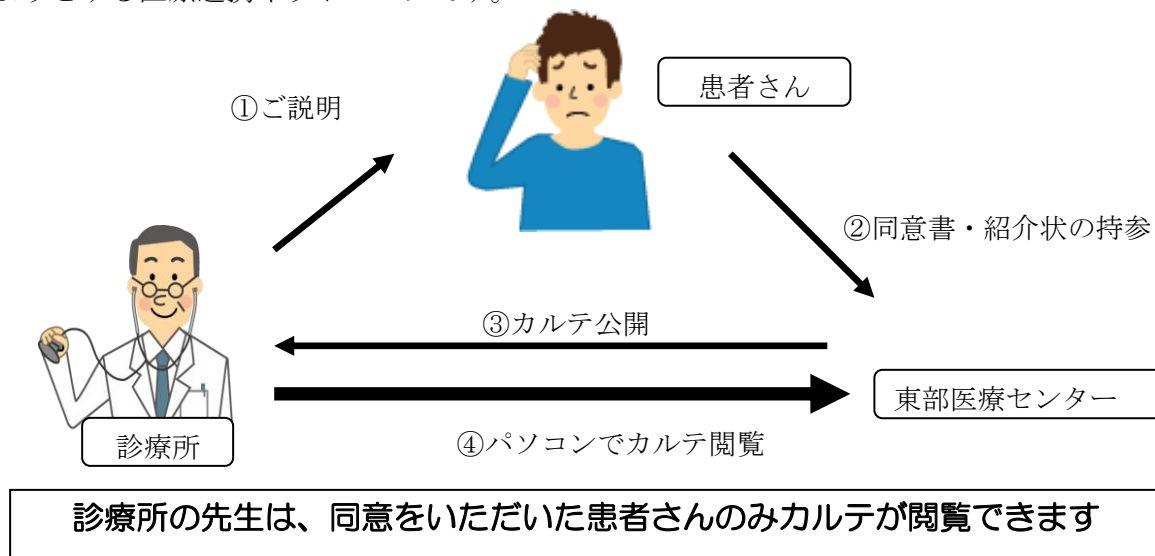


“TOBU ネット” 説明書

東部医療センターは、“TOBU 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 “TOBU ネット”とは

登録医の先生方のパソコンと東部医療センター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」を記入し東部医療センター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東部医療センター病院長 殿

私は名古屋市立大学医学部附属東部医療センター地域医療連携システム“TOBU ネット”に関する説明を受け、診療上必要な個人情報のうち以下の項目に限り、下記の医師に対し“TOBU 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

診療科 : 全科

※以下に見てほしくない科がありましたら、チェックしてください。

- | | | | | | | |
|----------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|---------------------------------|-------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科 | ----- | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | ----- | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | ----- | <input type="checkbox"/> 循環器内科 |
| | ----- | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | ----- | <input type="checkbox"/> 神経内科 | ----- | <input type="checkbox"/> 血液内科 |
| | ----- | <input type="checkbox"/> 内分泌内科 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 外科 | ----- | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | ----- | <input type="checkbox"/> 消化器外科 | ----- | <input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科 |
| | ----- | <input type="checkbox"/> 小児外科 | | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | | <input type="checkbox"/> 整形外科 | | <input type="checkbox"/> 精神科 | | <input type="checkbox"/> 小児科 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科 | | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | | <input type="checkbox"/> 眼科 |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 | | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | | | | <input type="checkbox"/> 放射線科 |
| <input type="checkbox"/> 病理診断科 | | <input type="checkbox"/> 救急科 | | <input type="checkbox"/> 麻酔科 | | <input type="checkbox"/> 歯科 |

*ただし入院中は全ての診療録を開示いたします。

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： _____

同意取消書

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター病院長 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東部医療センター
の運営する“TOBU ネット”を介して、私（ ）の診療
上の個人情報を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）： _____

家族（代諾者）署名： _____