

「奇兵隊ネット」利用申込書

地域医療連携情報システム下関協議会長 殿

「奇兵隊ネット」の趣旨、利用規程等を遵守し、閲覧施設・利用者としての責任を理解の上、利用及びID登録を申し込みます。

平成 年 月 日

施設名			
代表者 (開設者又は管理者)	印		
医療機関コード			
電話番号		FAX番号	
Eメールアドレス			

※メールアドレスは協議会のメーリングリスト等で使用します。

【ID登録申込者】

氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日	申請を受け付けましたので下記のとおりID番号を発行します。			
講習会受講日	平成 年 月 日	ID番号			

【ID登録申込者】

氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日	申請を受け付けましたので下記のとおりID番号を発行します。			
講習会受講日	平成 年 月 日	ID番号			

【ID登録申込者】

氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日	申請を受け付けましたので下記のとおりID番号を発行します。			
講習会受講日	平成 年 月 日	ID番号			

【ID登録申込者】

氏名		性別	男・女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日			申請を受け付けしましたので下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日	平成 年 月 日			ID番号	<input type="text"/>

【ID登録申込者】

氏名		性別	男・女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日			申請を受け付けしましたので下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日	平成 年 月 日			ID番号	<input type="text"/>

【ID登録申込者】

氏名		性別	男・女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日			申請を受け付けしましたので下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日	平成 年 月 日			ID番号	<input type="text"/>

【ID登録申込者】

氏名		性別	男・女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日			申請を受け付けしましたので下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日	平成 年 月 日			ID番号	<input type="text"/>

【ID登録申込者】

氏名		性別	男・女	生年月日	(大正 昭和 平成) 年 月 日
医師等 免許番号		Eメール アドレス			
(事務局取扱欄) 申請受理日	平成 年 月 日			申請を受け付けしましたので下記のとおり ID番号を発行します。	
講習会受講日	平成 年 月 日			ID番号	<input type="text"/>

※用紙が不足する場合は複写してご使用下さい

「奇兵隊ネット」変更届

地域医療連携情報システム下関協議会長 殿

平成 年 月 日

施設名			
代表者 (開設者又は管理者)			印
電話番号		FAX番号	

次のとおり変更をお届けします。(該当項目のみ記入して下さい)

	変更前	変更後
施設名		
代表者名		
施設の所在地	〒	〒
電話・FAX		
Eメール		

(事務局取扱欄)
申請受理日

平成 年 月 日

担当者

奇兵隊ネットシステム解約届出書

下関市医師会長 様

届出年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

■ 解約届出施設情報

申込番号			
施設住所	〒 ー		
フリガナ			
施設名	電話番号	FAX番号	
フリガナ			
代表者名			

■ 解約希望日

平成	年	月	日
----	---	---	---

■ 解約届出者情報

フリガナ			
届出者名			
フリガナ			
施設名 及び 部署名	電話番号	FAX番号	

《 奇兵隊ネットシステム解約届出承り書 》

様

「奇兵隊ネットシステム解約届出書」について内容のとおり承りました。

平成 年 月 日
一般社団法人下関市医師会
会長 
〒751-0831 下関市大学町二丁目1番2号
TEL. 252-2188 / FAX. 255-0726

「奇兵隊ネット」同意説明書

当院では、総合病院の診療情報を共有し 患者様の診療に役立てています

当院は、下関地域医療情報システム下関協議会が運営している「奇兵隊ネット」に参加しています。このネットワークは、下関市内の総合病院（関門医療センター・下関市立市民病院・済生会下関総合病院・下関厚生病院）に保管されている医療情報を、専用の回線で結び、情報共有することにより、患者様の診療に役立てるためのシステムです。

患者様の同意のもと、診察や検査などから得られた多くのデータを元に、安全で質の高い医療の提供を目指してまいります。

以下の主旨をご理解いただき、「奇兵隊ネット」を利用することに同意をお願いします。

①患者さんにメリットがあります

「奇兵隊ネット」を利用することで、病院（情報開示施設）の受診時の処方内容、検査データ又は画像データなどが、当院で閲覧できるようになり、治療経過やその効果などの説明を受けることができます。また、重複した薬の処方や検査を防ぐなど、医療費の負担軽減にもつながります。

②患者さんに費用負担はありません

「奇兵隊ネット」の利用について、患者さんの費用負担はありません。

③個人情報固く守られています

「奇兵隊ネット」では患者さんの医療情報を守るための対策を講じています。

- (1) 「奇兵隊ネット」にアクセスできる者は、患者さんから同意した医師等に限られています。
- (2) 医療情報は、専用の回線を使うため、外部からの不正な侵入を防ぎます。

④利用はいつでもやめることができます

「奇兵隊ネット」の利用をやめたいときは、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、事前にお渡ししてある「同意撤回書」を当院へ提出して下さい。

⑤閲覧情報は「過去の情報」と今後受ける「未来の情報」です

これまで治療を受けてきた過去の情報を閲覧する他、これから受ける全ての診療科の内容が病院単位で閲覧されます。

「奇兵隊ネット」の利用は、患者さん本人の自由な意思によります。医師等の説明を受けて、目的や意義、安全性の確保などに納得された方のみ利用の同意をいただいております。利用されなかった場合や途中で利用を中止した場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

〈お問い合わせ先〉

奇兵隊ネット(地域医療情報システム下関協議会)

〒751-0831 山口県下関市大学町2丁目1-2 一般社団法人 下関市医師会内

TEL 083-252-2188 FAX 083-255-0726

E-mail / smisikai@smisikai.or.jp

URL / <http://www.smisikai.or.jp>

「奇兵隊ネット」同意撤回届

情報開示施設 病院長 殿

私は下記の主治医から「奇兵隊ネット」に関する説明及び説明文書の交付を受け、利用することに同意をしておりましたが、このたび撤回します。

患者様記入欄	記載日	平成 年 月 日			
	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名 (自署)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	
	住所		電話番号	—	
	代理人による 記載	代理人氏名(自署)		続柄	
	開示希望施設 (受診した施設)	<input type="checkbox"/> 国立病院機構 関門医療センター <input type="checkbox"/> 済生会下関総合病院 <input type="checkbox"/> 下関市立市民病院 <input type="checkbox"/> 下関医療センター			
	撤回理由等				

かかりつけ医等記入欄	医療機関名		FAX番号		
	主治医等氏名 (自署)		上記患者のカルテ番号 又は診察券番号 (自院の番号)		
	「奇兵隊ネット」に関する同意撤回のため、下記医療機関の情報設定を解除して下さい。				
	設定解除日	平成 年 月 日			
	開示 希望 施設	<input type="checkbox"/> 関門医療センター FAX 241-1302	ID又はカルテ番号()		
		<input type="checkbox"/> 下関市立市民病院 FAX 224-3861	ID又はカルテ番号()		
<input type="checkbox"/> 済生会下関総合病院 FAX 262-2321		ID又はカルテ番号()			
<input type="checkbox"/> 下関医療センター FAX 228-0338		ID又はカルテ番号()			

※患者様のカルテ番号(診察券番号)がわかれば記入して下さい

※原本は閲覧施設に保管。コピーを患者様へお渡し下さい

(開示施設記載欄)

情報公開の解除が完了しました。

その他()

情報開示施設名			
設定完了日	/	担当者	

※解除設定は15分以内に行ってください。設定等が完了した場合は情報閲覧施設へFAXで返信して下さい