

キビタン健康ネット 診療情報参照運用フロー

ID-Link & HumanBridge



福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

Ver3.1

患者さんに対する確認フロー

他の医療機関の診療情報を参照したいとき
患者さんに確認をお願いします。



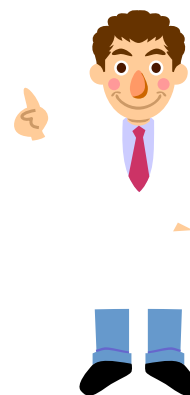
① キビタン健康パスポート（黄色いキビタンが
書いてあるカード）をお持ちですか？

3 ページ



② ○○病院の診療情報を拝見させていただきま
すか？

4 ページ



※ 情報提供施設も、他の情報提供施設の診療情報を参照することができます。

ここでいう情報提供施設とは、連携ゲートウェイ(ID-Link・HumanBridge)を導入している施設です。

患者さんに署名していただく同意書

患者さんの同意が必要になります。

◎ 参加確認書

説明 5～6 ページ

◎ 診療情報共有同意書

説明 7～9 ページ

患者さんに対する確認フロー①



Q1、キビタン健康パスポートをお持ちですか。

はい。持っています。

①キビタン健康パスポートを受け取ってください。



診療情報共有同意書にイベント番号を記入する必要があります。

いいえ。持っていません。

①キビタン健康ネットについて説明してください。調剤情報閲覧について説明してください。



各種リーフレットをご利用ください。

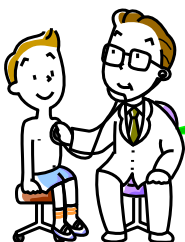
②参加確認書への署名を依頼してください。



上半分を協議会事務局にFAXしてください。キビタン健康パスポートをお渡してください。

説明 5 ページ

患者さんに対する確認フロー②



Q 2、〇〇病院の診療情報を
拝見させていただけますか？

はい

①診療情報共有同意書(様式5)への署名
を依頼してください。

協議会事務局にFAXしてください。

説明 7～9ページ

情報提供施設での
患者ID紐付け処理

②診療情報の参照
連携ゲートウェイシステム登録完了通知
(様式7)が届いたら、
ID-Link 又は HumanBridgeで診療情報
を参照してください。

ID-Link 12～14ページ

HumanBridge 15～17ページ

いいえ

(対応なし)

情報提供施設様には、
別マニュアルを準備
いたします

「キビタン健康パスポート」について (情報参照施設)

患者さんが「キビタン健康パスポート」を持っていない場合は、
「キビタン健康ネットのご説明」
「これさえあれば、大丈夫！キビタン健康パスポート」
「キビタン健康ネット～お薬の情報について～」
 を使って患者さんに説明してください。



「参加確認書」に署名をいただいて、**「キビタン健康パスポート」**をお渡しください。渡す際に、**薬局へ「キビタン健康パスポート」**を提示することで、**お薬情報を医療機関等で見てもらうことができる**とご説明ください。
 中央部分の切り取り線で切り取り、下半分を患者さんに渡します。その際に**「キビタン健康パスポート」**の表面に、患者さんのお名前を記入するようにお話しください。
 上半分は、協議会事務局にFAX送信してください。

【表】

【裏】

協議会控え

キビタン健康ネット
参加確認書

管理番号1 <11> 1 0000386014 070701-0000386014

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 御中

私はキビタン健康ネットの運用約款に同意し、参加いたします。

※太線内に必要事項をご記入ください。

申込日	年	月	日
フリガナ	性別		
お名前	男 女		
住所	〒		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日 生
電話番号	()		
携帯電話番号	()		
カード履歴	(ID:)		
受付者	備考		

参加者控え

キビタン健康パスポート

070701-0000386014

◆カード表面に油性ペンでお名前をお書きください。
 ◆カードは紛失しないよう、大切に保管ください。
 ◆万一、紛失した場合は、下記協議会まで連絡ください。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会
 〒980-8036 福島県福島市緑町4番22号 (福島県庁会館内)
 TEL.0120-578-818

※切取り線に刺がしてください

FAX
050-3730-0128

キビタン健康ネット運用約款

（目的）
 本約款は、福島県医療福祉情報ネットワーク協議会（以下「協議会」といいます。）と、参加者が相互に同意し、共同運用する「キビタン健康パスポート」の運用に関する事項を定めることとすることを目的として、本約款を制定し、これを運用するものとします。

（運用）
 本約款は、協議会が主催する「キビタン健康パスポート」の運用に関する事項を定めることとすることを目的として、本約款を制定し、これを運用するものとします。

（参加者）
 本約款に参加する者は、協議会が主催する「キビタン健康パスポート」の運用に関する事項を定めることとすることを目的として、本約款を制定し、これを運用するものとします。

（権利と義務）
 本約款に参加する者は、協議会が主催する「キビタン健康パスポート」の運用に関する事項を定めることとすることを目的として、本約款を制定し、これを運用するものとします。

（その他）
 本約款に参加する者は、協議会が主催する「キビタン健康パスポート」の運用に関する事項を定めることとすることを目的として、本約款を制定し、これを運用するものとします。

参加確認書が足りなくなりましたら、協議会へご連絡ください。郵送致します。

参加確認書 記入例

青字 : 患者さんの記入項目

赤字 : カード発行施設の記入項目

協議会控え

キビタン健康ネット 参加確認書

管理番号 1

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 御中

私はキビタン健康ネットの運用約款に同意し、参加いたします。

※太線内に必要事項をご記入ください。

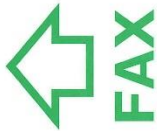
申込日 2099年99月99日

フリガナ	カンジャ ハナコ	性別	
お名前	患者 花子	男	<input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒963-0000 郡山市駅前1-2-3		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	99年	99月
電話番号	024 (999) 9999		
携帯電話番号	090 (9999) 9999		
カード発行施設	ABC薬局	(ID: 987654)	
受付者	キビタン 太郎	備考	

本人が記入出来ないなどの場合、参加確認の上代筆でも結構です。

「ID」には、発行した施設の患者IDを記入してください。
※受診がない場合は未記入可

「カード発行施設」・「受付者」には、この参加確認書を発行した施設名、受付者氏名を記入してください。



参加者控え

キビタン健康パスポート

参加確認書の原本は協議会事務局で保管します。

月1回、協議会事務局に郵送してください。

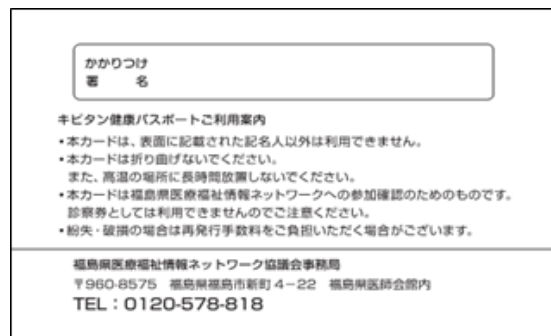
キビタン健康パスポート

患者さんに名前を記入いただいでください。

【表面】



【裏面】



【イベント番号】

07 - 0701 - 9999999999

07 : 県番号

0701 : 協議会が主に活動する拠点の二次医療圏番号

99999999999 : シーケンシャル番号

診療情報提供の手続き

① (情報参照施設)



情報参照施設（同意取得施設）にて
「**キビタン健康ネットのご説明**」
「**これさえあれば、大丈夫！キビタン健康パスポート**」
「**キビタン健康ネット～お薬の情報について～**」
を使って患者さんに説明の上、同意が得られたならば、



「キビタン健康ネット 診療情報共有同意書（様式5）」

に署名を頂きます。様式はキビタン健康ネットホームページもしくはポータルサイトよりダウンロードが出来ます。

連携希望施設については、受診歴がある施設、または紹介先のみチェックしてください。

「**キビタン健康ネット 診療情報共有同意書（様式5）」**は同意取得施設より協議会事務局にFAX送信してください。

コピーを一部、患者さんにお渡しください。

記入例 9 ページ



② (協議会事務局)

協議会事務局にて内容を確認後、連携ゲートウェイシステム「ID-Link」及び「HumanBridge」に個人情報登録・アクセス権登録をいたします。さらに、「**キビタン健康ネット 診療情報共有同意書（様式5）」**を情報提供施設にFAX送信いたします。



③ (情報提供施設)

「**キビタン健康ネット 診療情報共有同意書 (様式5)**」を受け取った情報提供施設は、ID-Link または HumanBridge に、

「**情報参照施設 (同意取得施設) の患者ID**」と「**自院の患者ID**」をひも付けする登録 (患者ID登録、最新データ取得) を行ってください。



④ (情報提供施設)

③までの登録完了後、情報提供施設より情報参照施設 (同意取得施設) へ「**連携ゲートウェイシステム登録完了通知 (様式7)**」をFAX送信してください。

記入例 10 ページ

⑤ (情報参照施設)

「**連携ゲートウェイシステム登録完了通知 (様式7)**」が届いたら、ID-Link または HumanBridge で診療情報を参照できます。

原本の取り扱いについて

患者さんに記入頂いた、「参加確認書」「診療情報共有同意書」等の個人情報が含まれた書類は、協議会で保管しますので、同意取得施設で保管後に月1回程度まとめて協議会事務局へ郵送してください。

郵送先：〒960-8036 福島市新町4-22 福島県医師会館1F 024-525-8818

様式 5 記入例

青字 : 患者さんの記入項目

赤字 : 情報参照施設 (同意取得施設) の記入項目

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット 診療情報共有同意書

様式 5
全医療圏

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 殿

私は、下記の説明担当者からキビタン健康ネットの目的および利用方法などを理解し、私の診療情報共有に同意します。

患者氏名は患者さんまたは代理人の記載です。その他の項目は代筆でも結構です。

<< 患者さん記載欄 >>

ふりがな : かんじゃ たろう 2000年00月00日

患者氏名 : 患者 太郎 性別 : 男・女

住所 : 〒963-0000 郡山市駅前1-2-3

電話 : (024) XXX - XXXX

生年月日 : 明治・大正 昭和・平成 00年00月00日

※代理人記載の場合 : 代理人氏名 _____ 続柄 _____
 代理人 : 3親等以内の親族、配偶者、または成年後見人 * 同意を撤回したい場合は、お申し出ください。

<< 同意書取得施設記載欄 >>

同意書取得施設名 : キビタン健康クリニック

電話 : (024) XXX - XXXX FAX : (024) 000 - 0000

説明担当者 : 健康 次郎 所属部署 : _____

同意取得施設の患者ID : 123456 (貴施設の患者IDを記載して下さい)

キビタン健康パスポート番号 070701-

0	0	0	0	0	5	7	2	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

あづめで記載してください。

同意書取得施設の患者 ID を記載して下さい。

パスポート番号は、前ゼロを省略しても結構です。

◆連携希望施設 (連携を希望する施設に () チェックしてください)

<p>【東北地区】</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> あづま脳神経外科病院</p> <p><input type="checkbox"/> 大原総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 大原医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 済生会福島総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 福島赤十字病院</p> <p><input type="checkbox"/> 福島第一病院</p> <p><input type="checkbox"/> 南東北福島病院</p> <p><input type="checkbox"/> わたり病院</p> <p><input type="checkbox"/> 北福島医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 公立藤田総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 栢記念病院</p> <p><input type="checkbox"/> 福島南循環器科病院</p> <p><input type="checkbox"/> 二本松病院</p> <p><input type="checkbox"/> 県立医科大学附属病院</p>	<p>【関東地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 聖徳総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 町立三春病院</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 寿泉堂総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 総合南東北病院*1</p> <p><input type="checkbox"/> 坪井病院</p> <p><input type="checkbox"/> 公立岩瀬病院</p> <p><input type="checkbox"/> 太田西ノ内病院</p> <p><input type="checkbox"/> 太田熱海病院</p> <p>【関東地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 会田病院</p> <p><input type="checkbox"/> 白河病院</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 白河厚生総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 塙厚生病院</p>	<p>【会津・南会津地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 竹田総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 会津医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 会津中央病院</p> <p><input type="checkbox"/> 只見町国保朝日診療所</p> <p><input type="checkbox"/> 県立南会津病院</p> <p>【相双地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 南相馬市立総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 小野田病院</p> <p><input type="checkbox"/> 大町病院</p> <p><input type="checkbox"/> 相馬中央病院</p> <p><input type="checkbox"/> 公立相馬総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 渡辺病院</p>	<p>【いわき地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 松村総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 常磐病院</p> <p><input type="checkbox"/> 呉羽総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> なこそ病院</p> <p><input type="checkbox"/> いわき市医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> かしま病院</p> <p><input type="checkbox"/> 磐城中央病院</p> <p><input type="checkbox"/> いわき湯本病院</p> <p><input type="checkbox"/> 榎田病院</p> <p><input type="checkbox"/> 石井脳神経外科・眼科病院</p> <p style="text-align: right;">(敬称略・順不同)</p> <p style="color: red;">※受診歴がある施設または紹介先のみチェックしてください。</p>
---	---	---	--

*1 総合南東北病院は、南東北第二病院・南東北医療クリニック・南東北眼科クリニック・南東北がん腫瘍診療センターを含む。

全医療圏版のため、医療圏をまたいで情報共有が必要な場合でも1枚の同意書で運用が可能です。

【重要】

- コピーを一部患者さんへお渡しく下さい。
- この同意書は協議会事務局へFAXしてください。 FAX : 050-3730-0128
- 原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。

〒960-8038 福島市駅前4-22 福島県医師会館1F プラグビル | 0120-578-818 電話 : 024-525-8818
 一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

同意書の原本は協議会事務局で保管します。
 月1回、協議会事務局に郵送してください。

様式7 記入例

赤字 : 情報提供施設の記入項目

様式7
情報提供病院用
福島県医療福祉情報ネットワーク協議会
連携ゲートウェイシステム登録完了通知
診療情報共有同意書取得施設
_____ キビタン健康クリニック _____ 様
以下の患者さんに関して、連携ゲートウェイシステムへの登録を完了致しました。
日 付：平成〇〇年〇〇月〇〇日
患者氏名
_____ 患者 太郎 _____ 様
_____ 様
_____ 様
_____ 様
_____ 様
_____ 様
今後とも、宜しくお願いいたします。
登録施設名 _____ 〇〇〇病院 _____
担当者 _____ 連携 太郎 _____
所属部署 _____ 地域連携室 _____
電 話 _____ 024-000-1111 _____
F A X _____ 024-222-3333 _____
一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

ID-Link と HumanBridge について

キビタン健康ネットでは、連携ゲートウェイシステムとして、「ID-Link」と「HumanBridge」の2つのシステムが稼働しております。情報提供施設は、このどちらかのシステムを採用しております。

「ID-Link」「HumanBridge」の起動はポータルサイトから

<p>(会津地区)</p> <p>様式6 診療情報共有同意撤回届 (会津・南会津地区)</p> <p>様式6 診療情報共有同意撤回届 (相双地区)</p> <p>様式6 診療情報共有同意撤回届 (いわき地区)</p> <p>様式6-1 診療情報共有同意撤回届 (情報提供施設からの紹介用)</p> <p>様式6-2 診療情報共有・調剤情報</p>	<p>ASPサービス</p> <table border="1"> <tr> <td>地域連携パス</td> <td>OpenDolphin</td> </tr> <tr> <td>イベント番号システム</td> <td>調剤情報システム</td> </tr> <tr> <td>ID-Link</td> <td>HumanBridge</td> </tr> </table>	地域連携パス	OpenDolphin	イベント番号システム	調剤情報システム	ID-Link	HumanBridge
地域連携パス	OpenDolphin						
イベント番号システム	調剤情報システム						
ID-Link	HumanBridge						

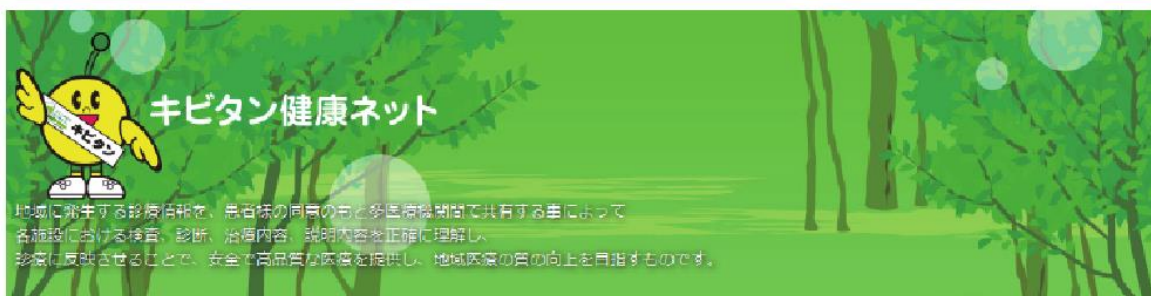
どちらかをクリックしていただければ良いのですが、情報提供施設がどちらのシステムを採用しているか不明な場合は、ポータルサイトから、病院名をクリックしていただければ、採用しているシステムが起動します。

情報提供病院					
県北	県中	県南	会津・南会津	相双	いわき
				星総合病院	寿泉堂総合病院
				町立三春病院	公立岩瀬病院
				総合南東北病院	坪井病院
				太田西ノ内病院・太田熱海病院	たむら市民病院

ID-Link での診療情報の参照

①キビタン健康ネットのポータルサイトから

「ID-Link」をクリックします。



様式6 診療情報共有同意撤回届 (会津・南会津地区)	ASPサービス <table border="1"><tr><td>地域連携バス</td><td>OpenDolphin</td></tr><tr><td>イベント番号システム</td><td>調剤情報システム</td></tr><tr><td>ID-Link</td><td>HumanBridge</td></tr><tr><td></td><td>画像共有システム</td></tr></table>	地域連携バス	OpenDolphin	イベント番号システム	調剤情報システム	ID-Link	HumanBridge		画像共有システム
地域連携バス		OpenDolphin							
イベント番号システム		調剤情報システム							
ID-Link		HumanBridge							
		画像共有システム							
様式6 診療情報共有同意撤回届 (相双地区)									
様式6 診療情報共有同意撤回届 (いわき地区)									
様式6-1 診療情報共有同意撤回届 (情報提供施設からの紹介用)									
様式6-2 診療情報共有・調剤情報閲覧同意撤回届 (全医療圏)									
様式7 連携ゲートウェイシステム登録完了通知									
様式10 情報同意撤回届									

※退院前カンファレンスシステム・WEB会議は、ケアネットサービス回線に移行しました。

- ②参照したい患者さんのラジオボタンをチェックし、「患者選択」ボタンをクリックしてください。



患者さんのIDを直接入力し、参照することも可能です。



③カレンダー画面右上の

「最新データ取得」ボタンをクリックしてください。
アイコンをクリックすることで、各データを確認することができます。

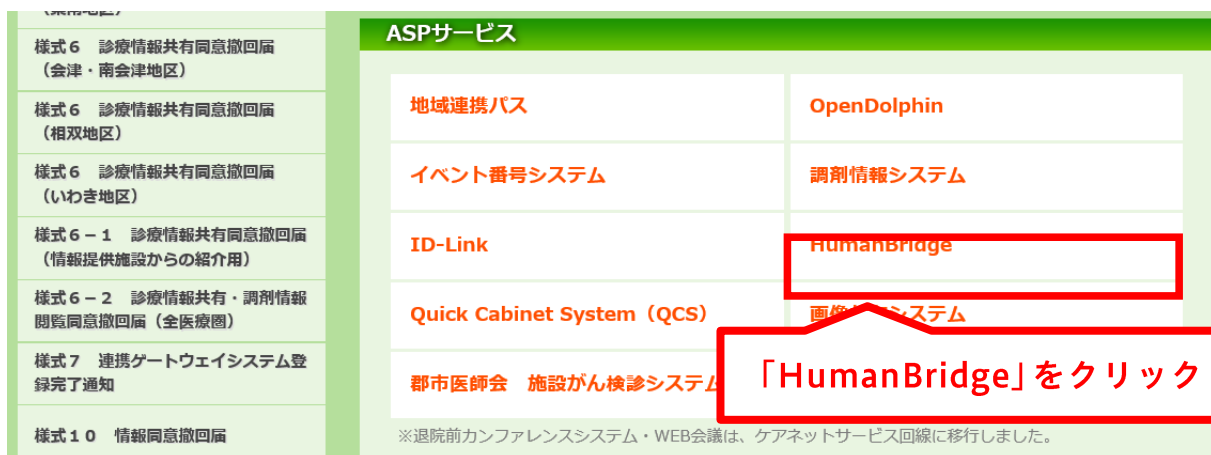
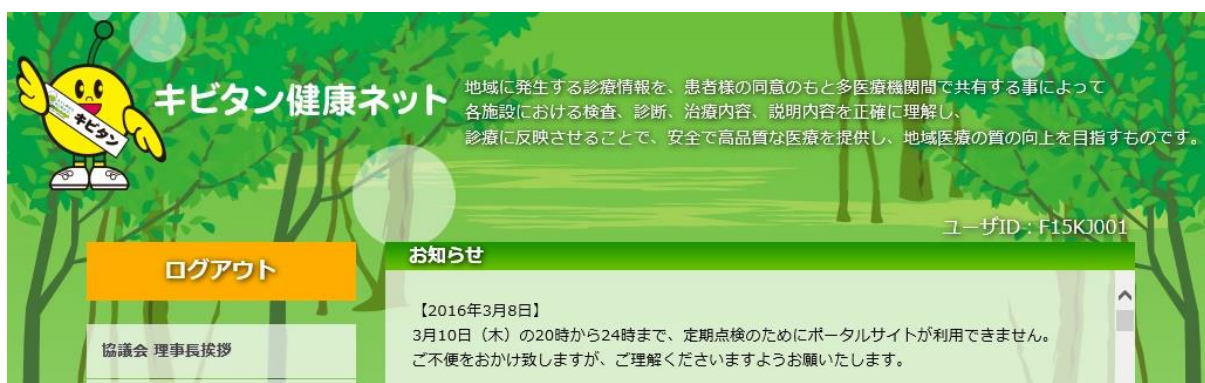
The screenshot shows the ID-Link web application interface. At the top right, a red callout box contains the text 「最新データ取得」ボタンをクリック (Click the 'Get Latest Data' button). Below this, a calendar grid for the year 2008 is displayed. A large red callout box highlights the calendar grid, with the text 各アイコンをクリック (Click each icon). The calendar grid shows various icons representing data points for different dates. The interface includes a sidebar with navigation options like 'ログオフ' (Logout), 'カレンダー表示' (Calendar View), '文書一覧' (Document List), '画像一覧' (Image List), 'ファイル一覧' (File List), and '報告一覧' (Report List). The top navigation bar shows 'Home > 連携患者選択 > 地域連携システム >'. The user profile information is visible, including '患者 ID 00111885' and 'でも患者(デモ カンジャ) 男性 5.53-03-25生 36歳 4ヶ月'.

**ID-Link の操作の詳細は、ID-Link の画面から
マニュアルを参照・ダウンロードすることができます。**

HumanBridge での診療情報の参照

①キビタン健康ネットのポータルサイトから

「HumanBridge」をクリックします。



②「カルテ」タブ内『カルテ一覧』画面より明細を選択し『カルテ参照』ボタンをクリックしてください。もしくは、右クリックメニューより『カルテ参照』をクリックしてください。



患者様の公開元施設、施設患者ID、カナ氏名、生年月日から検索し、参照することも可能です。



③日付やイベント名、アイコンをクリックすると、各データの詳細内容が画面右側のカルテ表示欄に表示されます。

複数の情報提供施設からカルテ提供を受けている場合は、「医療機関」の部分に情報提供施設の情報が表示されます。

また、各施設のカルテは施設の色によって見分ける事が可能です。

各アイコンをクリック

施設名	2013	2/5	2/6	2/13	2/14	3/28	4/3	4/4	5/16	5/21	5/22	5/24	5/25	5/31
富士市民										1	1			
富士医大											1	1		
入院									1	2	2			
その他									2	1				
医師のメモ											4			1

【配膳先】 病室

依頼 入院院(外泊・外出) 2013/05/21 版:01
20:05
富士医大 入院 呼吸器内科 発行者:富士通医師
【配膳停止日】2013年05月22日(星)
【外出泊理由】治療のための外泊

実施 入院院(外泊・外出) 2013/05/21 版:01
20:05
富士医大 入院 呼吸器内科 発行者:富士通医師
【配膳停止日】2013年05月22日(星)
【外出泊理由】治療のための外泊

実施 入院院(新生児入室) 2013/05/16 版:01
14:48
富士市民 入院 正常新生児科 発行者:GXV05開発SOL

【診療科】 正常新生児科
【病棟】 4階東病棟
【病室】 417
【病床】 417D
【チーム】 なし
【食事区分】 2013年05月16日(少)
【食種】 欠食
【主食(朝)】 なし
【主食(昼)】 なし
【主食(夕)】 なし
【配膳先】 病室
【指示参照区分】 不要
【部屋種別】 母子同室

お問い合わせ

ご不明な点は、下記までお問い合わせください。

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会事務局

電話 024-525-8818

FAX 050-3730-0128

E-mail info@kibitan-k.net

患者様向け問い合わせ番号

0120-578-818

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会