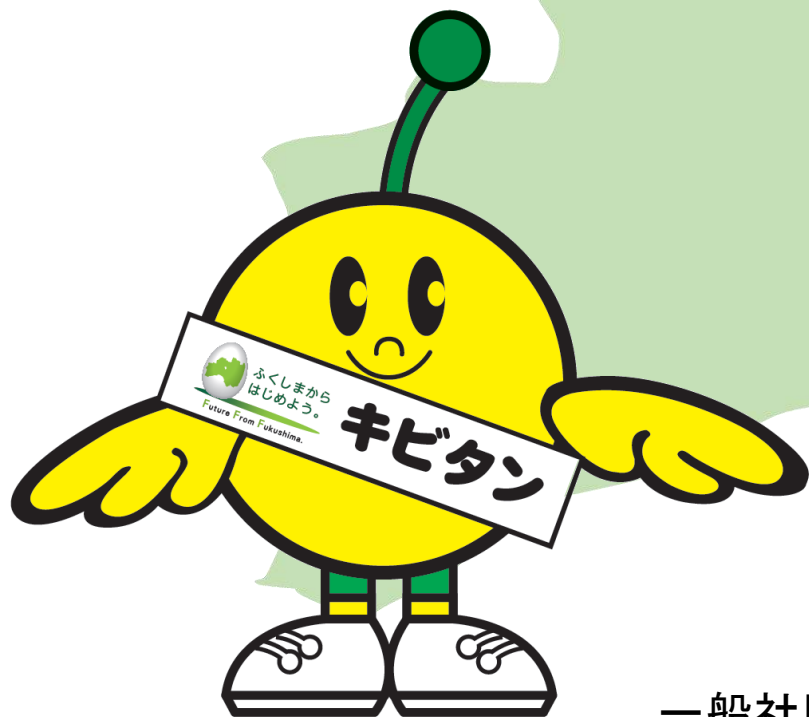


キビタン健康ネット 様式5-1運用変更について



一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会



診療情報共有同意書(情報提供施設からの紹介用)様式5-1

○平成28年9月より運用開始しています。

○情報提供病院にて患者様より共有同意書を取得し、参照

施設(紹介先)の医療機関等に情報提供病院の情報を閲覧

してもらうことを目的とした同意書です。



平成29年4月より運用方法を変更します！

現運用方法では、参照施設(紹介先)の医療機関で、詳細な患者様の情報を事前に確認することが困難でした。

また、提供している一部のASPサービスにて利用出来ない点があるなどの問題がありました。



協議会へ診療情報提供書(様式5-1)をFAXしていただくとともに、参照施設(紹介先)医療機関へのFAXもお願いいたします。

診療情報共有同意書(様式5-1)



旧様式

連携希望施設名（紹介先）

施設名： △△クリニック



新様式

連携希望施設名（参照施設）

施設名： △△クリニック

所在地： 郡山 市・町・村 ※同一施設名による間違い防止のため記載してください

参照施設の患者ID： 56789 (参照施設にて記載してください)

参照施設は、自施設の患者IDを上記に記載後、協議会へFAXしてください

追加内容:

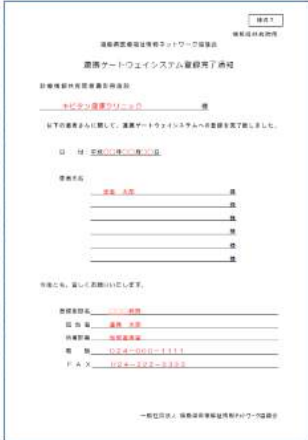
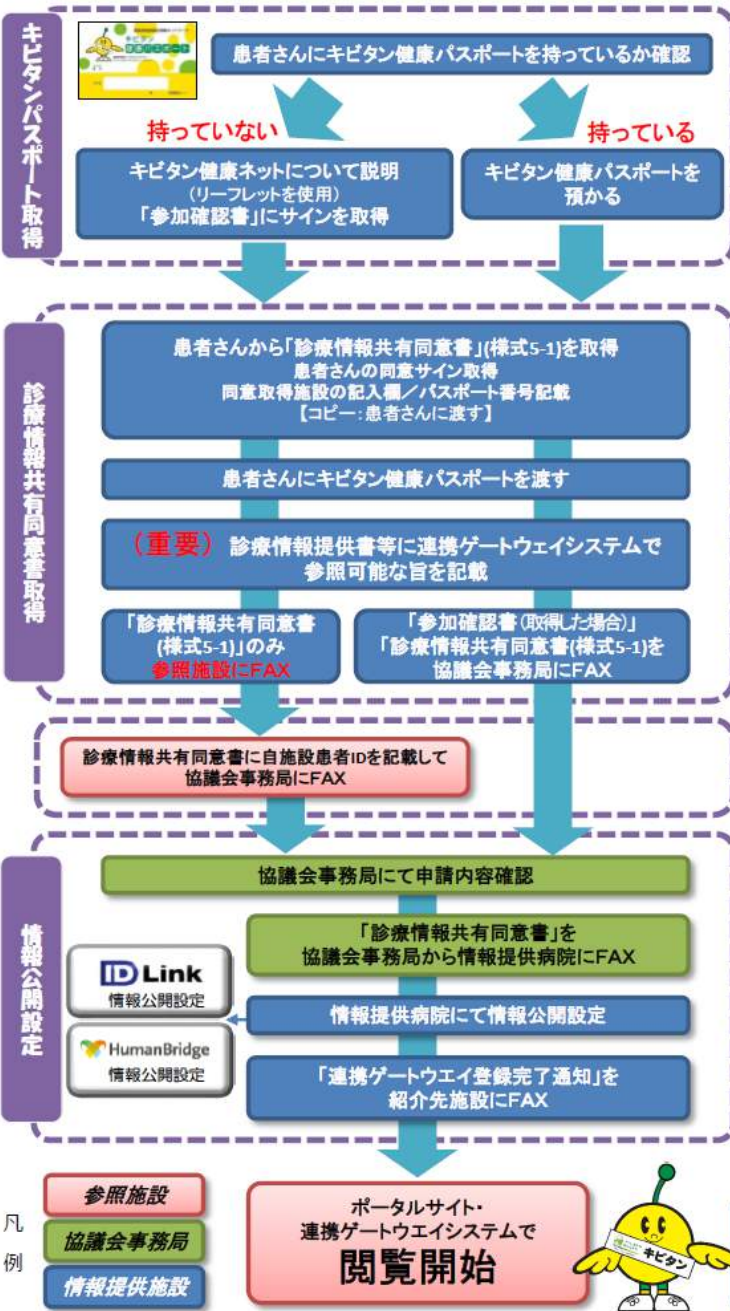
参照施設所在地(市町村名)・参照施設の患者ID

- ・参加施設が増加し、同一名の施設があるため追加
- ・参照施設の患者IDは参照施設にて記載後、協議会へFAX

運用方法



診療情報参照運用方法 [情報提供病院での同意書取得の場合] 様式5-1



原本：
参加確認書・診療情報共有同意書を
同意取得施設で保管後に協議会
事務局に郵送 (月1回まとめて)

凡例

- 参照施設
- 協議会事務局
- 情報提供施設





運用方法

1.キビタンパスポート取得

通常と同様に、キビタン健康パスポートの有無を確認し、持っていない場合は参加確認書の取得をしてください。

診療情報参照運用方法

[情報提供病院での同意書取得の場合] 様式5-1

キビタンパスポート取得



患者さんにキビタン健康パスポートを持っているか確認

持っていない

持っている

キビタン健康ネットについて説明
(リーフレットを使用)
「参加確認書」にサインを取得

キビタン健康パスポートを
預かる

キビタン健康ネット
参加確認書

〒110-0000 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL. 0120-578-818

患者氏名: 志香 花子
生年月日: 02/24
所属病院: ABC病院

参加確認書にサインを記入してください。

1. 本人、またはその法定代理人、親戚、知人等、成年被保者の代りに記入してください。
2. 印は、記入者本人の捺印を。
3. 印は、この申請書に捺印し、捺印後、捺印欄に捺印してください。

キビタン健康パスポート

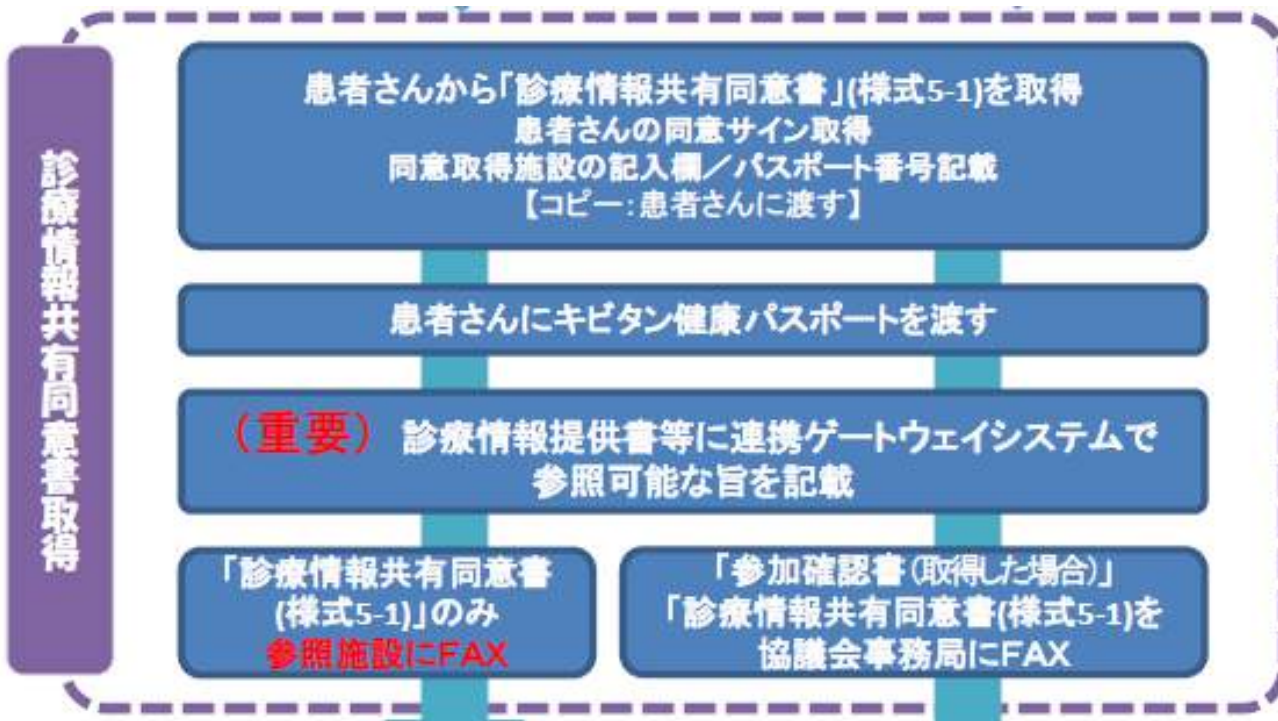
TEL. 0120-578-818



運用方法

2. 診療情報共有同意書取得

様式5-1により、診療情報共有同意書の取得をしてください。
その後、協議会事務局および参照施設(紹介先)へFAXをお願いします。



医療系企業間の情報ネットワークの構築
キビタン健康ネット-診療情報共有同意書
(医療提供施設からの紹介先)

一般社団法人 医療提供施設情報ネットワーク協議会 宛
私は、下記の施設名等からキビタン健康ネットに関する説明をうけ、診療情報共有の
主要な、その目的および利用方法を理解し、私の診療情報が貴施設に連携される
ことに同意します。

患者の個人情報

氏名: 性別:
生年月日: 年齢:
住所:
電話:
診療科:
担当医師:

貴施設にこの診療情報を転送していただくため、以下の項目を
「診療情報共有同意書」に記入してください。
(転送を希望しない場合は、お申し出ください)

診療科別転送先(連携先科別)

転送先:
電話: FAX:
転送先住所:
転送先担当医師の氏名:

キビタン健康ネット連絡先: 070701-

連携希望施設名(参照施設)

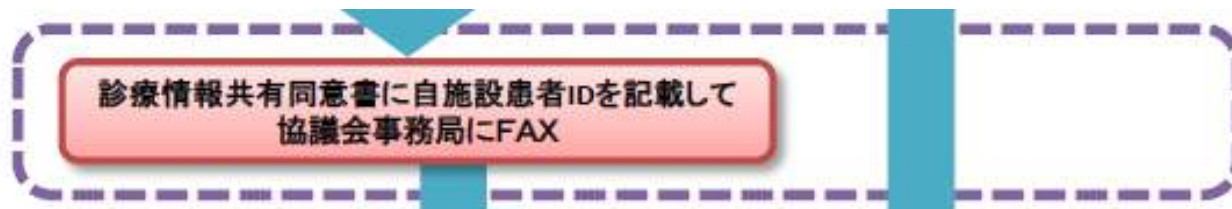
施設名:
住所:
電話: FAX:
担当医師の氏名:

貴院施設は、自施設の患者情報を上記の連携先へ提供いたします。



3. 参照施設の患者IDを記載して協議会へFAX（参照施設側）

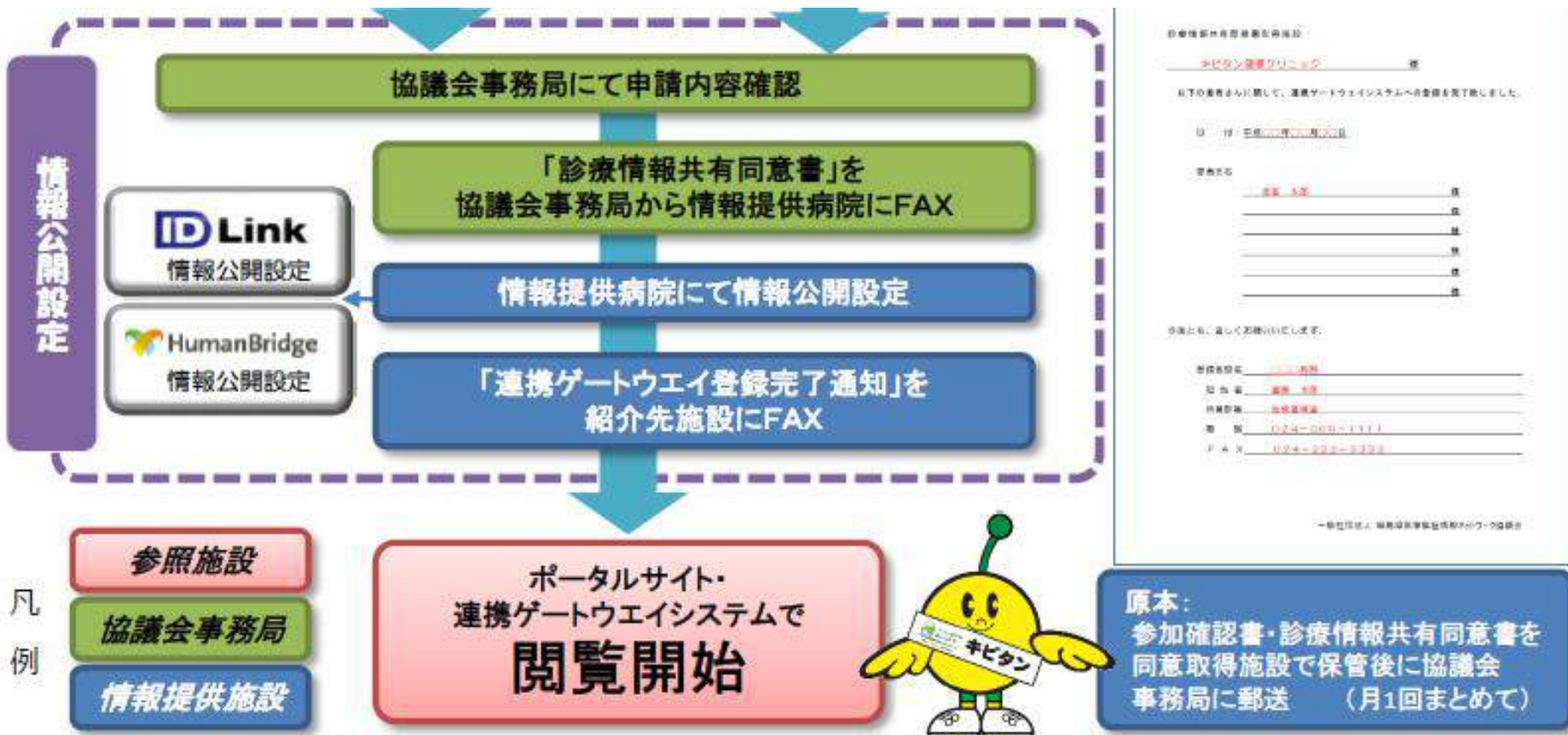
情報提供施設より、診療情報共有同意書(様式5-1)がFAXで届きます。
自施設の患者IDを記載し、協議会事務局へFAXをお願いします。





4. 情報公開設定 (協議会・情報提供施設)

参照施設からのFAX受信後、事務局にて患者情報の登録を行い、情報提供施設へ情報公開依頼をします。
 その後は通常の作業内容により公開していただきます。





一般社団法人
福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

960-8036 福島市新町4番22号(福島県医師会館内)
電話 0120-578-818(平日11:00~17:00)

963-8002 郡山市駅前1丁目14番21号 郡山花椿ビル8F
電話 024-954-8685
FAX 050-3730-0128
ホームページURL <http://www.kibitan-k.net>

