

市川市多職種連携情報共有システム(バイタルリンク)の利用について

当事業所は、市川市多職種連携情報共有システムに参加しています。

市川市多職種連携情報共有システムは、インターネット回線を利用し、患者様の医療および介護に関する情報の一部を、ご本人様の同意のもと、関係する医療・介護スタッフ間で共有する仕組みです。

【システムの目的】

本システムを利用することで、かかりつけ医、病院、看護師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパー等の多職種の連携を円滑にし、患者様およびご家族が希望する療養生活を支えるための医療・介護サービスの提供を目的としています。

【個人情報の安全対策】

患者様の情報を保護するため、法令および関係規定を遵守し、次の対策を講じています。

- インターネット回線は暗号化通信を行っており、通信途中で第三者が不正に情報を取得することはできません。
- 患者様の情報は、患者様が本システムの利用に同意された場合に限り共有されます。
- 情報を閲覧する端末は認証が必要であり、あらかじめ許可された端末以外からは接続できません。

【システム利用者】

本システムを利用できるのは、患者様の診療やケアに関わる医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパー等の医療・介護専門職に限られます。

患者様およびご家族は、本システムを直接利用することはできません。

【システム利用の中止】

同意後であっても、患者様の意思により、いつでも本システムの利用を中止することができます。

中止を希望される場合は、同意書を提出された事業所へお申し出ください。

なお、利用を中止された場合でも、その後の診療や介護サービスにおいて患者様に不利益が生じることはありません。

【相談窓口】

本システムに関するご不明点やご相談がありましたら、

同意書を提出された事業所または市川市福祉部地域包括支援課(TEL:047-712-8521)までお問い合わせください。

市川市多職種連携情報共有システムにおける個人情報取り扱い同意書

管理者様

私は、下記の説明を受け、その内容を理解した上で、市川市多職種連携情報共有システムにおいて、私の医療および介護に関する情報が、関係する医療・介護専門職間で共有されることに同意します。

1. 同意内容

- 本システムの目的、利用方法及び安全管理対策について説明を受けました。
- 同意後であっても、本人の意思によりいつでも利用を中止できることを理解しました。
- 利用を中止しても、その後の診療や介護サービスに不利益が生じないことを確認しました。

上記内容に同意します。

(西暦) 年 月 日

2. 患者様情報（自筆署名が困難な場合は代筆者が記入、代理人による同意の場合は代理人が記入）

患者氏名 [自筆署名]

生年月日 (西暦) 年 月 日

住所 電話番号

※ 自筆署名が困難な場合（代筆）

代筆者氏名 (続柄)

【注】本欄は、身体的理由等により患者本人の自筆署名が困難であるが、本人の意思確認が可能な場合に使用すること。

3. 代理人による同意欄（第22条関係）

私は、本人の意思を適切に代弁し得る立場として、上記内容に同意します。

(西暦) 年 月 日

代理人署名 (本人との関係)

住所 連絡先

【注】本欄は、第22条の規定に基づき、本人の認知機能の低下その他の事情により本人による同意取得が困難であると主治医等が判断した場合に限り使用すること。

4. 電子化に関する同意

- ☐ 本同意書をスキャンした電子情報を原本として取り扱うことに同意します。
- ☐ 本同意書は、スキャン後、説明実施事業所において適切に廃棄することに同意します。

5. 説明実施事業所記入欄

説明者	(事業所名)
	(氏名)