**【別紙様式５】**

**ポピーねっとやまがたにおける個人情報使用同意書（甲）**

**（使用の目的）**

山形市におけるICTを活用した在宅医療・介護情報連携システム｢ポピーねっとやまがた｣（以下　｢ポピーねっとやまがた｣と略）を使って、自宅での在宅療養（医療）をサポートする医療関係者（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）や福祉関係者（ケアマネージャー、デイサービス、訪問ヘルパー等）が、在宅で療養を受ける方の病状の変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、患者さんの生活の質が向上し、充実を図ることを目的とします。

**（インターネット等での情報共有）**

ポピーねっとやまがたでは、在宅療養（医療）をサポートする他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャーや介護関係者等が連携を図る目的で、適切と認める通信手段（医療介護専用のコミュニケーションシステム「メディカルケアステーション」（以下MCSと略））を用いて診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。

\*メディカルケアステーション（MCS）は株式会社日本エンブレースが提供する医療介護専用のコミュニケーションシステムで、以下のような特長があり、必要に応じて利用する場合があります。

 ・医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用に開発されたシステムです。

 ・医療介護ならではのセキュリティ、アクセス制御、管理体系が整った完全非公開型のシステムです。

 ・災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

**（使用にあたっての条件）**

 個人情報の共有は、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。｢ポピーねっとやまがた｣で管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

患者さん及びその家族に利用料金がかかることは一切ありません。

**（共有される情報について）**

共有される情報については、以下のとおりです。（共有してもよい情報に✔をしてください。）

* 患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号　病歴、病名
* 治療や検査の内容（薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果など）
* 日々の状態（連携者の訪問情報）
* 紹介元医療機関、入院希望医療機関
* 受診している医療機関
* 利用している介護保険サービス
* 褥瘡等の身体画像
* その他、医療・介護に付随する情報

**（患者さんが有する権利）**

 ５　患者さん及びその家族は、｢ポピーねっとやまがた｣について、以下の権利を有しております。

 ① 当該データの利用目的の通知を求める権利

 ② 当該データの開示を求める権利及び第三者提供の停止を求める権利

 ③ 当該データに誤りがある場合にその内容の訂正、追加又は削除を求める権利

 ④ 当該データの利用の停止又は消去を求める権利

ポピーねっとやまがた　同意書

御本人・ご家族様　お控え

私は、｢ポピーねっとやまがた｣に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記の医療・介護関係者の間で、私の療養・介護に関する情報が共有されることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記載日 | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| （フリガナ）氏名（自署） | 　 |
|  |
| 住所 | （〒　　　　　－　　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　－ |
| 代理人記載の場合 | 代理人氏名（自署）　　　　※代理人による記入の場合のみ代理人氏名をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　柄（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・事業所名 | 担当者名 | グループ管理者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※関係機関が増える場合、また担当者が変更になった場合などにはその都度お知らせします。

※グループ管理者とは、御本人のページを管理する者です。（グループ管理者に〇印）

**（同意書説明者）**

**事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名**

**【システムについてのお問い合わせ先】**

山形市医師会　在宅医療・介護連携室「ポピー」

　　　　　　　（ポピーねっとやまがた窓口）

電話641-5555

**【別紙様式５】**

**ポピーねっとやまがたにおける個人情報使用同意書（乙）**

**（使用の目的）**

山形市におけるICTを活用した在宅医療・介護情報連携システム｢ポピーねっとやまがた｣（以下　｢ポピーねっとやまがた｣と略）を使って、自宅での在宅療養（医療）をサポートする医療関係者（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）や福祉関係者（ケアマネージャー、デイサービス、訪問ヘルパー等）が、在宅で療養を受ける方の病状の変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、患者さんの生活の質が向上し、充実を図ることを目的とします。

**（インターネット等での情報共有）**

ポピーねっとやまがたでは、在宅療養（医療）をサポートする他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネージャーや介護関係者等が連携を図る目的で、適切と認める通信手段（医療介護専用のコミュニケーションシステム「メディカルケアステーション」（以下MCSと略））を用いて診療情報を含む個人情報を共有・提供させていただきます。

\*メディカルケアステーション（MCS）は株式会社日本エンブレースが提供する医療介護専用のコミュニケーションシステムで、以下のような特長があり、必要に応じて利用する場合があります。

 ・医療介護従事者の連携を円滑に図るために、医療介護専用に開発されたシステムです。

 ・医療介護ならではのセキュリティ、アクセス制御、管理体系が整った完全非公開型のシステムです。

 ・災害時等でも医療介護従事者間での連携が取りやすいように配慮されたシステムです。

**（使用にあたっての条件）**

 個人情報の共有は、前述した目的の範囲内で必要最小限の関係者及び内容にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。｢ポピーねっとやまがた｣で管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

患者さん及びその家族に利用料金がかかることは一切ありません。

**（共有される情報について）**

共有される情報については、以下のとおりです。（共有してもよい情報に✔をしてください。）

* 患者氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号　病歴、病名
* 治療や検査の内容（薬剤、処置、血液検査や画像検査の結果など）
* 日々の状態（連携者の訪問情報）
* 紹介元医療機関、入院希望医療機関
* 受診している医療機関
* 利用している介護保険サービス
* 褥瘡等の身体画像
* その他、医療・介護に付随する情報

**（患者さんが有する権利）**

 ５　患者さん及びその家族は、｢ポピーねっとやまがた｣について、以下の権利を有しております。

 ① 当該データの利用目的の通知を求める権利

 ② 当該データの開示を求める権利及び第三者提供の停止を求める権利

 ③ 当該データに誤りがある場合にその内容の訂正、追加又は削除を求める権利

 ④ 当該データの利用の停止又は消去を求める権利

ポピーねっとやまがた　同意書

　医療機関・事業所控え

私は、｢ポピーねっとやまがた｣に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記の医療・介護関係者の間で、私の療養・介護に関する情報が共有されることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記載日 | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| （フリガナ）氏名（自署） | 　 |
|  |
| 住所 | （〒　　　　　－　　　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　－ |
| 代理人記載の場合 | 代理人氏名（自署）　　　　※代理人による記入の場合のみ代理人氏名をご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　柄（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・事業所名 | 担当者名 | グループ管理者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※関係機関が増える場合、また担当者が変更になった場合などにはその都度お知らせします。

※グループ管理者とは、御本人のページを管理する者です。

**（同意書説明者）**

**事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名**

**【システムについてのお問い合わせ先】**

山形市医師会　在宅医療・介護連携室「ポピー」

　　　　　　　（ポピーねっとやまがた窓口）

電話641-5555