

# ①システムの説明 患者様への同意説明書



## 佐賀県診療録地域連携システム(pica pica LINK)説明書 (患者様用)

様

当院では、治療や検査等の必要上 \_\_\_\_\_ へ紹介させていただきます。

あなたのこれまでの経過がより詳細かつ正確に紹介先の医療機関に伝達できるように、当院では「佐賀県診療録地域連携システム」を用いて紹介を行っています。

### システムの目的

このシステムは複数の医療機関で治療を受けていても関係する医療機関でその経過がいつでも参照できるようにすることで、医療連携を円滑かつ緊密に行うことを目的としています。

### システムを使用するメリット

これまで当院から紹介して他の医療機関を受診していただいた際、その後、当院から紹介先医療機関で「どんな薬を飲んでいましたか」、「最近の検査結果はどうでしたか」のように患者様ご自身に病状等を尋ねさせていただくことが多かったと思います。しかし飲んでいる薬や検査の内容を正確に伝えるのはなかなか難しいものです。

このシステムを使用することにより、紹介先医療機関での投薬、注射、検査、画像検査（レントゲン、CT、MRI など）の情報が当院でも参照でき、検査の重複、薬剤の重複投与や併用禁止薬剤の投与などを防ぐことができます。複数の医療機関を受診しても、安全で効率的な医療を一貫して受けることができます。

### 個人情報保護等の安全対策

このシステムに参加された場合、あなたの個人情報は、「佐賀県診療録地域連携システム」においてのみ使用し、それ以外の目的のために使用又は第三者に提供することはありません。

このシステムはあなたの診療情報をインターネットを介して共有しますが、通信に際し情報は暗号化されており、個人情報を盗み出すことは原理的に不可能です。

また、システムに接続できる端末は限定されており、ID やパスワードが漏れたとしても許可された端末以外では利用できない仕組みになっています。

このシステムを用いた診療情報の共有はあなた（保護者または後見人等法で定めた者）の同意がなければ行われません。

### システム利用にかかる費用

このシステムの利用に関し、あなたやご家族には費用負担は一切ありません。

### システム参加を取りやめたいときは

このシステムへの参加を取りやめなくなった場合は、同意書を提出した際に受け取った「同意撤回書」を提出することにより、いつでも理由を問わず中止することができます。

提出先は連携システム参加医療機関であればどの医療機関でも結構です。

同意を撤回してもその後の治療等において不利益を受けることは絶対にありません。

# 同意フロー（同意書取得から利用開始について）

※同意書FAX先は開示施設の担当部署へ送付。ピカピカリンクホームページ（参加施設のご紹介）参照

診療所・病院  
歯科・保険薬局  
訪問看護ST・  
保健所・介護事業所等

③同意書をFAX  
・様式1-1（同意書）  
・様式1-2（送信票）



⑤登録完了通知

②同意書（様式1-1）



①システムの説明



患者

## ID-Link設置医療機関

佐賀大学医学部附属病院  
佐賀県医療センター好生館  
NHO佐賀病院  
佐賀中部病院  
唐津赤十字病院  
伊万里有田共立病院  
NHO嬉野医療センター  
白石共立病院  
NHO東佐賀病院  
如水会今村病院  
織田病院  
済生会唐津病院  
山元記念病院  
新武雄病院  
公益財団法人佐賀県健康づくり財団  
※問い合わせ窓口はホームページ参照

④システム登録

同意書は1医療機関1患者につき  
1枚とる必要がある。（2者間同意）

# ②同意書・送信票

(様式1-1)



## 診療情報地域連携システム参加同意書

連携希望先施設名 \_\_\_\_\_

上記施設における患者番号 \_\_\_\_\_

(分かる場合)

※連携先の患者番号

管理担当者様

私は、下記の説明担当者から診療情報地域連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的利用方法等を理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

患者記載欄			
同意年月日	令和	年	月 日
ふりがな			
氏名(自署)			
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月 日
代理人による記載	代理人氏名(自署)		続柄

紹介元記載欄			
紹介元機関名		FAX番号	
説明担当者氏名(自署)		部署	
患者ID番号	※閲覧施設の患者番号 紹介元医療機関におけるID番号等を記載してください		

原本は説明し同意を得た医療機関が保管することとします。コピーを1部患者さん本人へお渡しください。

連携先医療機関には「診療情報地域連携システム参加同意書送信票」とともにFAX送信してください。

※ 記載された個人情報は、あなたの医療に関わる施設の連携にのみ使用し、それ以外の目的のために使用又は

第三者に提供することはありません。

閲覧側で同意取得する場合用

(様式1-2)



年 月 日

## 診療情報地域連携システム参加同意書送信票

施設名 \_\_\_\_\_ 御中

施設名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

下記患者様の地域連携にあたり、この度、別紙のとおり参加の同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	様			年 月 日
患者番号	※閲覧施設の患者番号			
患者住所	〒 _____			
診療科	※省略可		主治医	※省略可
備考				

# 同意フロー(同意書取得から利用開始について)

※同意書FAX先は開示施設の担当部署へ送付。ピカピカリンクホームページ(参加施設のご紹介)参照

診療所・病院  
歯科・保険薬局  
訪問看護ST・  
保健所・介護事業所等

③同意書をFAX  
・様式1-1(同意書)  
・様式1-2(送信票)



⑤登録完了通知

## ID-Link設置医療機関

佐賀大学医学部附属病院  
佐賀県医療センター好生館  
NHO佐賀病院  
佐賀中部病院  
唐津赤十字病院  
伊万里有田共立病院  
NHO嬉野医療センター  
白石共立病院  
NHO東佐賀病院  
如水会今村病院  
織田病院  
済生会唐津病院  
山元記念病院  
新武雄病院  
公益財団法人佐賀県健康づくり財団  
※問い合わせ窓口はホームページ参照

④システム登録

②同意書(様式1-1)



①システムの説明



患者

同意書は1医療機関1患者につき  
1枚とる必要がある。(2者間同意)