**＜別紙様式１－１＞**

**医療と介護の連携連絡ツール「奈良あんしんネット」利用申込書**

**奈良市医師会**

**会長　谷掛　駿介　殿**

　本事業所において、奈良あんしんネットを利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　事業所番号：

事業所名：

事業所住所：　〒

事業所電話番号：

　　　　　事業所管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

－利用者名簿－

* 奈良あんしんネット管理者は、職種の頭に”◎”をつけてください
* すでにMCSのアカウントを取得済みの方は、職種の頭に”△”をつけてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　　名 | 性別 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 複数のスタッフでのメールアドレスの共有はセキュリティ上認められません

【提出先】

〒630-8031　奈良市柏木町５１９－７

　　　　　　　　 奈良市医師会館３Ｆ

奈良市在宅医療・介護連携支援センター　宛て

ＴＥＬ：０７４２－３３－５２４４

ＦＡＸ：０７４２－３３－５２３０

医療機関等

医師会師会

**奈良市医師会および大和郡山市医師会**

**＜別紙様式２－１＞**

**医療と介護の連携連絡ツール「奈良あんしんネット」利用に係る連携守秘誓約書**

**奈良市医師会**

**会長　谷掛　駿介　殿**

**第１条（連携情報保持の誓約）**

私は、奈良あんしんネットを利用する事業所の管理者として、奈良あんしんネットを利用する従事者が法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます）を遵守するとともに、奈良市医師会および大和郡山市医師会　医療と介護の連携連絡ツール「奈良あんしんネット」運用ポリシー（以下、「運用ポリシー」という）に基づき、以下の情報（以下、「連携情報」といいます）の一切を許可なく開示、漏えい又は使用しないよう管理することを誓約します。

　①　患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます）。

②　その他連携業務内で知り得た情報（患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の連携業務内における情報も含みます）。

　③　その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません）。

**第２条（連携情報の管理等）**

１私は、従事者が連携情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます）を使用するにあたって、連携情報を許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないように注意します。

２　私は、機器（携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません）を業務で使用する場合には、運用ポリシーに基づき機器の管理を行います。また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。

３　私は、従事者に対して個人情報保護やIT機器のセキュリティについて定期的に教育を実施します。

**第３条（利用目的外での使用の禁止）**

　私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、患者その他の第三者のプライバシー、その他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

**第４条（退職後の業務情報保持の誓約）**

　私は、連携を離脱した後も、業務情報の一切を、許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

**第５条（損害賠償）**

　私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、誠意をもって協議致します。

令和　　　年　　　月　　　日

事業所名

事業所所在地

事業所管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　印

医療機関等

医師会師会

**＜別紙様式１－２＞**

**医療と介護の連携連絡ツール「奈良あんしんネット」利用申込書**

**大和郡山市医師会**

**会長　松本　光弘　殿**

　本事業所において、奈良あんしんネットを利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　事業所番号：

事業所名：

事業所住所：　〒

事業所電話番号：

　　　　　事業所管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

　－利用者名簿－

* 奈良あんしんネット管理者は、職種の頭に”◎”をつけてください
* すでにMCSのアカウントを取得済みの方は、職種の頭に”△”をつけてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　　名 | 性別 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 複数のスタッフでのメールアドレスの共有はセキュリティ上認められません

【提出先】

〒639-1136　大和郡山市本庄町３１７－２

大和郡山市医師会内

奈良あんしんネット受付事務局　宛て

　　ＴＥＬ：０７４３－５７－８７４３

ＦＡＸ：０７４３－５７－８７６３

医療機関等

医師会師会

**奈良市医師会および大和郡山市医師会**

**＜別紙様式２－２＞**

**医療と介護の連携連絡ツール「奈良あんしんネット」利用に係る連携守秘誓約書**

**大和郡山市医師会**

**会長　松本　光弘　殿**

**第１条（連携情報保持の誓約）**

私は、奈良あんしんネットを利用する事業所の管理者として、奈良あんしんネットを利用する従事者が法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます）を遵守するとともに、奈良市医師会および大和郡山市医師会　医療と介護の連携連絡ツール「奈良あんしんネット」運用ポリシー（以下、「運用ポリシー」という）に基づき、以下の情報（以下、「連携情報」といいます）の一切を許可なく開示、漏えい又は使用しないよう管理することを誓約します。

　①　患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます）。

②　その他連携業務内で知り得た情報（患者、患者の家族及び連携業務に関わる者並びにこれらの関係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の連携業務内における情報も含みます）。

　③　その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません）。

**第２条（連携情報の管理等）**

１私は、従事者が連携情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます）を使用するにあたって、連携情報を許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないように注意します。

２　私は、機器（携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません）を業務で使用する場合には、運用ポリシーに基づき機器の管理を行います。また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。

３　私は、従事者に対して個人情報保護やIT機器のセキュリティについて定期的に教育を実施します。

**第３条（利用目的外での使用の禁止）**

　私は、当該情報を連携業務以外で利用しないものとし、患者その他の第三者のプライバシー、その他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

**第４条（退職後の業務情報保持の誓約）**

　私は、連携を離脱した後も、業務情報の一切を、許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

**第５条（損害賠償）**

　私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、誠意をもって協議致します。

令和　　　年　　　月　　　日

事業所名

事業所所在地

事業所管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　印

**業務情報保持に関する誓約書**

医療機関等

医師会師会

**＜別紙様式３＞**

**（事業所名称）**

**管理者　（氏　　名）　殿**

**（業務情報保持の誓約）**

私は、貴事業所の業務の従業者として、法令（法律、政令、省令、条例、規則、告示、通達、事務ガイドライン等を含みます）及び貴事業所内の諸規定（就業規則、マニュアル等を含みます）を遵守するとともに、以下の情報（以下、「業務情報」といいます）の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使用しないことを誓約します。

1. 患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの関係者の一切の個人情報（氏名、生年月日、住所、病歴、治療歴、提供するサービスの計画、提供したサービス内容等のほか、特定の個人を識別することができるものを含みます）。
2. その他貴事業所内で知り得た情報（患者、患者の家族及び貴事業所に関わる者並びにこれらの係者の一切の情報はもちろんのこと、それ以外の貴事業所内における情報も含みます）。
3. その他業務に関連して知り得た情報（業務に関連して第三者から提供された情報を含みますがこれに限られません）。

**（情報の管理等）**

第２条

１　私は、貴事業所の業務に関連して取得する情報（紙媒体のものだけでなく、電子データも含みます）を貴事業所の許可なく複写したり、外部に持ち出したり、又は外部に送信したりしないものとします。

２ 私は、貴事業所から貸与を受けた機器（携帯電話、ノートパソコンを含みますがこれらに限られません）以外の機器を業務で使用する場合には、必ず貴事業所の書面による許可を得るものとし、許可を得た機器以外の機器に情報を保存しないものとします。

また、許可を得た機器に保存されている情報については、業務上不要となった時点で速やかに消去するものとします。

３ 私は、貴事業所のシステムにアクセスする際に、与えられたアクセス権限を超えた操作を行ったり、不正な手段を用いてアクセスを行ったりしないものとします。

**（利用目的外での使用の禁止）**

第３条 私は、当該情報を貴事業所が定める目的以外で利用しないものとし、患者その他の第三者のプライバシー、その他の権利を侵害するような行為を一切しないものとします。

**（退職後の業務情報保持の誓約）**

第４条 私は、貴事業所を退職した後も、業務情報の一切を、貴事業所の許可なく、開示、漏えい又は使

用しないことを誓約します。

**（損害賠償）**

第５条 私は、本誓約書の各条の規定に違反した場合、貴事業所が被った一切の損害を賠償することを誓

約します。

令和　　　年 月 日

住所

氏名 印

従業者師会

医療機関等

**在宅医療における個人情報使用同意書**

**＜別紙様式４＞**

　患者の円滑な在宅での療養（医療）を実現するためには、患者をとりまく家族、医療従事者、介護従事者、その他の関係者が適切に連携していく必要があります。そのため適切な連携を行うにあたって下記の事項をご了承いただきますようお願い申し上げます。

記

１） 在宅医療は、医師による継続的な診療が必要であるにもかかわらず、外来受診が困難であるときに行うことができます。

２） 在宅医療は、医療環境が整った病院等で検査及び治療等を集中的に受けることよりも、家族のサポートのもとで住み慣れた自宅で安心して療養を継続することを重視して行われるものです。そのため、患者が在宅での療養（医療）を希望されているのはもちろんのこと、患者をとりまく家族においても意思の統一が図られている必要があります。

３） 在宅医療は、病院診療に比べて十分ではない事項（例えば以下の事項）があります。

①　訪問（往診）に時間を要すること

②　検査内容及び診療内容が限られており、かつ検査結果が出るまでに時間を要すること

③　医療設備等について万全ではない部分があること

４） 在宅医療の開始にあたっては、これまでの担当医からの同意を得ており、診療情報提供書（紹介状）を入手する必要があります。なお、診療情報提供書とは今までの診療経過や薬の情報（使用禁忌の薬も含む。）等、患者の重要な情報が記載されているものです。

５） 在宅医療の継続にあたっては、患者及び家族と在宅主治医との間に確かな信頼関係を築くことが必要となります。

６） 容態の変化や療養環境の変化を把握するため定期的な訪問診療を受ける必要があります。

７） 円滑な自宅での療養生活を継続していただくため、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、介護事業者その他の関係者と連携を図る目的で、医療従事者や介護従事者その他の関係者が適切と認める通信手段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。

８） 在宅医療期間中に患者から取得する個人情報の利用目的は、裏面に記載のとおりです。

以上

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

**私は、上記事項について説明を受け、いずれも同意します。**

＜患者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 住　　所 |  |

＜家族＞

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 住　　所 |  |

*［注：在宅をサポートする家族１名以上を記載することを想定しています。］*

医療機関等

患者