

鳥取県周産期医療情報ネットワーク 参加同意書

鳥取県周産期医療協議会 御中

鳥取県周産期医療情報ネットワーク参加機関 御中

私は、鳥取県周産期医療情報ネットワークに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私及び出生児の診療情報が私及び出生児の受ける共同診療に活用されることに同意します。なお、本参加を取り止めることとした場合は、参加同意撤回書を提出します。

＜説明医療機関記載欄＞

説明した人： _____ (自署)

医師所属医療機関名： _____

※説明する医療機関へ

- ・原本のコピーを患者様又はご家族にお渡しください。原本は、自院で保管してください。
- ・この参加同意書を受け取った後、患者様の情報を鳥取県周産期医療情報ネットワークに入力してください。
- ・参加同意撤回書は患者様又はご家族にお渡しいただき、参加同意を撤回される場合に、お受け取りください。

＜患者様記載欄＞

令和 年 月 日

患者様の氏名： _____ (自署)

代理人記載の場合：代理人氏名 _____ 続柄： _____

※説明を受ける患者様へ

- ・このシステムで診療情報を見ることができるのは、患者様を直接診療している医療機関及び県内の周産期医療の拠点病院（鳥取県立中央病院、鳥取県立厚生病院、鳥取大学医学部附属病院及び山陰労災病院）です。
- ・このシステムでは、いつ、どの医療従事者が、どの患者様の診療情報を参照したかについて記録を取り、規則に則った運用が行われているかどうか、ネットワークシステム参加医療機関に設置されたシステム運用責任者の下で定期的な監査を実施しています。
- ・このシステムは、外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。