

## 南空知医療・介護多職種連携情報共有システム説明書及び同意書

本システム（以下「バイタルリンク」という）は、インターネット回線を利用し、あなたに関係のある医療・介護関係者が、あなたの医療や介護の情報について共有するものです。

## ＜目的＞

バイタルリンクを利用することで、病院、診療所、薬局、ケアマネジャー、医療・介護サービス関係者等との連携をスムーズにし、よりよい在宅ケアに向けた医療・介護の提供を行うことができます。

## ＜費用負担＞

バイタルリンクの利用に関して、自己負担はありません。

## ＜個人情報の安全対策＞

あなたの個人情報を守るため、以下の対策を講じています。

- インターネット回線を利用していますが、暗号化を施していますので、回線上から不正に医療・介護情報を取得することはできません。
- 情報を参照できるのは、ご本人やご家族がバイタルリンクの利用にあたり同意した場合に限ります。
- 情報を閲覧するための端末（コンピュータなど）は認証が必要であり、あらかじめ許可を得ている特定の端末以外は接続することができません。

## ＜利用を中止したい場合＞

同意後であっても利用を中止したい場合には、ご本人やご家族の意思でいつでも中止することができます。その際は、あなたのケアマネジャー及び担当の医療・介護関係者へご相談ください。

中止してもその後の生活において、ご本人やご家族に不利益が生じることはありません。

## ＜相談窓口＞

ご不明な点やご相談などありましたら、由仁町立診療所医療福祉相談センターで、相談を受け付けています。（090-2207-3701）

以上について、利用者（患者）に説明を行いました。

説明者は、利用者の同意に基づき、患者に関する登録を運用管理者に届け出ます。

説明者の責任のもと、利用者に関係ある事業所を随時、登録削除を行って行きます。

## 〔説明者記入〕

令和 年 月 日

説明者	氏名	
利用者 (患者)	氏名	

## 【説明者記入】

利用者 (患者)	氏名	(ふりがな)
	住所	北海道 夕張郡 空知郡
	生年月日	大正・昭和・平成                      年      月      日
	電話番号	

私は、上記システムの利用と個人情報に関する事項の説明を受け理解しましたので、医療・介護に関する情報が連携する関係機関との間で共有されることに同意します。

## 【利用者（患者）記入】

同意年月日	令和      年      月      日
利用者（患者） 署名 (代筆者)	(続柄                      )

説明書及び同意書は最寄りの**運用管理者に FAX**

## ※運用管理者記入欄

説明書及び同意書 受取日	登 録
年      月      日	未      ・      済

空知南部：由仁町立診療所医療福祉相談センター      FAX 番号 0 1 2 3 - 8 3 - 2 0 3 2  
町立南幌病院      FAX 番号 0 1 1 - 3 7 8 - 2 5 8 5  
その他の地域：もよりの管理者（                      ） FAX 番号