高知あんしんネットに参加してください

高知あんしんネット とは…医療と介護を結ぶネットワークです。

お医者さん、歯医者さん、薬剤師さん、看護師さん、ケアマネージャーさん、介護士さん(医療介護の関係者)が協力し「住民の健康を連携して支えるための仕組み」です。

病院・医科歯科診療所・薬局・介護施設などの間で、住民の皆さんの受けている治療・飲んでいるお薬・検査の結果などの健康・医療・介護に関する情報を共有・活用します。

※高知あんしんネットに参加（申込）しても、費用はかかりません！

■高知あんしんネットのセキュリティ

① **「不正アクセスを防止するための施策を実施すること」**に沿ってシステムを利用する対象者全員に ID を配布し、「誰が・いつ・誰を参照したか」を明確にし、不正と思われる参照があった場合には、管理者にアラートメールを配信し、管理します。

② システムの利用者には教育を行い、不正利用があった場合に管理者に通知することを伝えています。

■登録の流れ

① 高知あんしんネットを理解して→②申込書を記入して→③保険証などに参加のシールを貼る

参加申込すると、こんなメリットがあります

高知あんしんネットがないと・・

持っている病気や飲んでいるお薬がわからないと、すぐには対応できない。

困ったな・・・

高知あんしんネットがあると・・

ご自分で説明できないご病気やお薬が正確にわかるから、

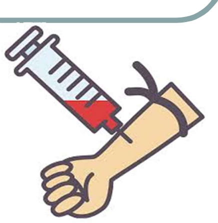
より安全で質の高い医療を届けられるな

別の診療所などでの治療やお薬の状況を説明する面倒が少なくなります

病気や飲んでいるおくすりがわからないために治療や介護が滞ってしまうのを防ぎます

救急で運ばれた時、過去の病歴、薬、アレルギーを伝えなくても大丈夫です

施設を移るたびに同じ検査を繰り返したり、同じ薬が重複することが少なくなります



申込書記入例

＊マーク欄の必須項目をご記入ください。

（下の①,②,③,④,⑤,⑥,⑦-1,2 の項目）

		記入日	年　月　日
① **申込者氏名＊**	（フリガナ）	⑧ **代理人氏名**	（フリガナ） 【続柄】　家族(内縁含)、後見人、介護職員等
② **生年月日＊**	西暦 大正 昭和 平成 令和　年　月　日	③ **性別＊**	男　・　女 保険証記載の性別を○で囲んでください
④ **住所＊**	〒　- 都・道・府・県　市・町・村		
⑤ **電話番号＊**	－　－	**緊急連絡先**	－　－
公費	生活保護受給の方は右記□へ✔をしてください。　□		

⑥

健康保険	**被保険者　記号＊**（みほん内の①を記入）										
	被保険者　番号＊（みほん内の②を記入）										
	保険者番号＊（みほん内の③を記入）										
介護保険	**被保険者　番号**（みほん内の④を記入）										
	保険者番号（みほん内の⑤を記入）										

個人情報の利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、以下の□内に同意する場合、レ点を入れてください。

参加登録施設との共有、及び将来連携する高知あんしんネットと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供、また連携先のEHRに参加住民の情報がある場合は、該当情報を高知あんしんネットで情報を参照する（規約第9条(1)～(3)を確認してください。）＊	⑦-1	□ **同意します。＊**	※本サービスに参加される場合、この項目のレ点チェックは必須です。
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。（規約第11条を確認してください。）＊	⑦-2	□ **同意します。＊**	※本サービスに参加される場合、この項目のレ点チェックは必須です。
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討とそれらに関する研究への活用（規約第9条(4)(5)、同第14条２を確認してください。）	⑦-3	□ **同意します。**	

⑥　保険証番号がわからない場合は、参加施設側で調べて記入することが可能です。
　　欄外に「○○（施設名）で保険証番号を確認することを同意」と記入してください。

⑦-1 今後は、他の地域でもサービスを検討しています。
　　将来、他地域の同様のネットワークでも情報を共有することに同意頂ける場合は、レ点をお願いします。また連携先で、他地域の EHR に同意していてあなたの情報がある場合は、高知あんしんネットで情報を参照します。

⑦-2 現在の参加施設の他に今後施設が増えていく予定です。
　　今後参加した施設にも情報を共有しても問題無い場合はレ点をお願いします。

⑦-3 高知あんしんネットで取り扱う情報を、個人が特定できないようにして行政政策（統計データ）として利用します。利用しても問題なければレ点をお願いします。

⑧　記入が困難な患者様の場合は、代理人欄にお名前を記入して、代筆してください。

一般社団法人高知県保健医療介護福祉推進協議会