

滋賀県医療介護情報連携ネットワーク  
(びわ湖あさがおネット)

# 各種帳票様式集

2020 年度版

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会

# 様式第 1 号：システム利用施設参加申込書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中

私は、びわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの趣旨、運用管理規程および各種連携システムの利用約款を理解し、また利用に係る研修会を受講し、運用上の注意事項等を理解した上で、下記の通り申し込みをします。

申込日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 【施設情報】

施設名フリガナ : .....

施設名 : \_\_\_\_\_

施設種別 : \_\_\_\_\_

代表者フリガナ : .....

印

施設代表者 : \_\_\_\_\_

住 所 : (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX 番号 : \_\_\_\_\_

希望する機能:  1. 基本機能(ポータル+在宅療養支援機能)

2. 医療情報共有 ※いずれかにチェックを入れてください。

使用しない

医療情報共有

電カル・レセ・調剤システム連携

3. 訪看・ケアマネシステム連携

※施設種別により利用できる機能に制限があります。

## 【システム担当者情報】

施設代表者と同じ

システム担当者名 : \_\_\_\_\_ (フリガナ: \_\_\_\_\_)

所 属 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

※ 本申込書は協議会事務局へ提出してください。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
〒524-8524 守山市守山 5 丁目 4 番 30 号 県立総合病院内  
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp  
※事務局利用欄 【作業実施記録】

## 様式第 2 号：システム利用者参加申込書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中

私は、びわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの趣旨、運用規程を理解し、また利用に係る研修会を受講し、運用上の注意事項等を理解し、所属機関・施設等の長の許可を得た上で、下記の通り申し込みをします。

申込日 : 西暦 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

参加施設名 : \_\_\_\_\_

利用者フリガナ: \_\_\_\_\_

利用者氏名 : \_\_\_\_\_ 性別: 男・女

生年月日 : 西暦 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

職員番号 :  なし  あり ( ) ←「あり」の場合、必ずご記入ください。

職種 : 医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他(\_\_\_\_\_)

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX 番号 : \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_

登録内容 :  基本機能(ポータル+在宅療養支援機能)

医療情報共有(施設種別および職種により利用制限があります)

(↑医療情報閲覧をご希望の方は、こちらに✓を入れてください。)

在宅療養支援機能施設管理者:  登録する  登録しない

(在宅療養支援機能施設管理者は、自施設の受け持ち担当者を設定することができます。)

※ 本申込書は協議会事務局へ提出してください。  
後日、利用者 ID とパスワードをお知らせいたします。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
〒524-8524 守山市守山 5 丁目 4 番 30 号 県立総合病院内  
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp

※事務局利用欄

【作業実施記録】

--

## 様式第3号：滋賀県医療介護情報連携ネットワークおよび

### 地域連携システム個人情報取扱い誓約書

(法令等の遵守)

私は、びわ湖あさがおネットの利用に関して、患者・家族の個人情報<sup>1</sup>の取得（収集を含む）、利用、提供、預託、その他の取扱いを行う場合には、個人情報保護法、その他の関係法令及びびわ湖あさがおネットの運用管理規定を遵守いたします。

(利用期間終了後の取扱い)

私は、びわ湖あさがおネットの利用終了後においても、当該システム利用中に行った、上記記載の法令及びびわ湖あさがおネット運用管理規程に違反する行為を行いません。

年 月 日

参加施設名

署名

印

※システム利用者ごとにご記入いただき、提出をお願いします。

## 様式第 4 号 : パスワード初期化依頼書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中

私は、びわ湖あさがおネットへログインするためのパスワードの初期化を申請いたします。

申込日 : 西暦 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ユーザーID : \_\_\_\_\_

参加施設名 : \_\_\_\_\_

氏名フリガナ : .....

印

利用者氏名 : \_\_\_\_\_ 性別: 男 ・ 女

生年月日 : 西暦 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

職員番号 : \_\_\_\_\_

職種 : 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他(\_\_\_\_\_)

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX 番号 : \_\_\_\_\_

※ 本申込書は協議会事務局へ提出してください。  
後日、新しいパスワードをお知らせいたします。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
〒524-8524 守山市守山 5 丁目 4 番 30 号 県立総合病院内  
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp

※事務局利用欄  
【作業実施記録】

--

## 様式第 6 号 : 参加施設脱退申込書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中

当機関は、びわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの利用を停止致しますので、当機関に所属する者のシステム利用者アカウントについて、停止をお願いいたします。

申込日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- ※ システム利用者のアカウント停止は、この申請書が届き次第速やかに行います。
- ※ 連携するすべてのシステムのアカウントの削除を行います。びわ湖あさがおネットのアカウント削除は行いませんので、再度、当該システムに参加することが可能な状態となっております。びわ湖あさがおネットのアカウント削除を希望される場合は、事務局にお申し出ください。

### 【施設情報】

施設名フリガナ : .....

参加施設名 : \_\_\_\_\_

代表者名フリガナ: .....

印

施設代表者 : \_\_\_\_\_

住 所 : (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX 番号 : \_\_\_\_\_

※ 本申込書は協議会事務局へ提出してください。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
〒524-8524 守山市守山 5 丁目 4 番 30 号 県立総合病院内  
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp  
※事務局利用欄 【作業実施記録】

--

# 様式第 7-1 号：システム利用者脱退申込書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中


びわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの利用を停止しますので、当該システムにおけるシステム利用者アカウントについて停止をお願いいたします。

申込日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- ※ システム利用者のアカウント停止は、この申請書が届き次第速やかに行います。
- ※ 連携するすべてのシステムでアカウントの削除を行います。びわ湖あさがおネットのアカウント削除は行いませんので、再度、当該システムに参加することが可能な状態となっております。びわ湖あさがおネットのアカウント削除を希望される場合は、事務局にお申し出ください。

所属施設名 : \_\_\_\_\_

【申請者情報】  脱退者本人  代理人(※代理人が申請の場合は下記をご記入ください。)


代理人フリガナ: \_\_\_\_\_ 

代理人氏名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

【脱退者情報】※必ずご記入ください。

ユーザーID : \_\_\_\_\_

脱退者フリガナ: \_\_\_\_\_ 

脱退者氏名 : \_\_\_\_\_ 性別: 男 ・ 女

生年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

職種 : 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他(\_\_\_\_\_)

【在宅療養支援機能施設管理者の引継ぎ】

在宅療養支援機能施設管理者が脱退される場合、下記に権限を引き継ぐ方の「ユーザーID」と「氏名(シメイ)」をご記入ください。

※在宅療養支援機能の受持ち担当者は、在宅療養支援機能施設管理者による設定が必要です。脱退の際に権限の引継ぎをお願いいたします。

引継ぎされる方のユーザーID: \_\_\_\_\_

引継ぎされる方のシステム利用者氏名: \_\_\_\_\_ (カナ: \_\_\_\_\_)

※本申込書は協議会事務局へ提出してください。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
〒524-8524 守山市守山5丁目4番30号 県立総合病院内  
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp  
※事務局利用欄 【作業実施記録】

## 様式第 7-2 号 : システム利用者脱退申込書（複数申請用）

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局 御中

下記の者のびわ湖あさがおネットおよび各種連携システムの利用を停止しますので、当該システムにおける利用者アカウントについて停止をお願いいたします。

申請日 : 西暦 年 月 日

申請者 : 施設名

: 代表者名 印

※利用者のアカウント停止は、この申込書が届き次第速やかに行います。  
※全ての連携システムとポータルにおける、脱退者の情報を削除します。びわ湖あさがおネットのアカウントは削除しませんので、再度、びわ湖あさがおネットのアカウント削除を希望される方は、事務局にお申し出ください。  
※在宅療養支援機能施設管理者が脱退される場合は、権限の引継ぎをお願いいたします。

システム利用脱退者: 下記にご記入ください。

施設名

ユーザーID	職員 ID	システム利用脱退者氏名	フリガナ



# 滋賀県医療介護情報連携ネットワークへの参加にあたっての説明書

## 1. 滋賀県医療介護情報連携ネットワーク(愛称:びわ湖あさがおネット)とは

- 「びわ湖あさがおネット」とは、病院・診療所・薬局や、在宅医療・介護に携わる機関・施設・事業所の間で、患者さまの診療情報・介護情報・療養情報を共有するとともに、将来は情報を活用して、医療の研究や施策の推進等に役立てるための仕組みです。

## 2. 患者さまにメリットがあります

- 「びわ湖あさがおネット」を通して、患者さまの診療情報・介護情報・療養情報を共有することにより、転院や入院、あるいは退院後の通院や在宅での介護・療養などの場面において、切れ目のない質の高い医療・介護サービスを受けることができます。
- また、重複したお薬の処方を防いだり、重複した検査を防いだりすることによって、医療費の負担軽減にもつながります。
- さらに、医療情報を分析・評価することにより、研究等による医療の発展や医療施策の推進を図ることができます。

## 3. 患者さまの費用負担について

- 「びわ湖あさがおネット」への登録および利用にかかる費用をご負担いただくことはありません。
- ただし、「びわ湖あさがおネット」の参加機関が、「びわ湖あさがおネット」を通して診療情報・介護情報・療養情報を提供・閲覧する場合に、従来からご負担いただいていた診療情報提供料加算の対象となることがあります。
- 一般診療・介護サービスにかかる費用は、通常通り自己負担が発生します。

## 4. 患者さまの個人情報の取り扱い

- 患者さまの診療情報・介護情報・療養情報は、各参加機関で原本が保管されるとともに、災害時や参加機関のシステム故障時等にも医療・介護サービスが引き続き提供できるようにバックアップを行います。また、患者さまの個人情報のうち、氏名・性別・生年月日・郵便番号・住所・電話番号・保険者番号・被保険者証記号・被保険者証番号・介護保険保険者番号・介護保険被保険者証番号および受診年月日・受診医療機関名・受診医療機関の患者 ID・処方年月日・処方薬局名・処方薬局の患者 ID については、診療情報・介護情報・療養情報の管理や名寄せのために必要ですので、各参加機関から委託により、「びわ湖あさがおネット」のデータセンター(国内)にお預かりし、保存されます。
- 診療情報・介護情報・療養情報を閲覧することができるのは、参加機関のうち、患者さまが実際に受診ないし医療・介護サービスを受けられている機関・施設・事業所および医療・保健にかかる行政機関等(予定を含む)に限られます。加えて、参加機関に所属する医療従事者・介護従事者の各職種に応じて、見ることができる

患者さまの診療情報・介護情報・療養情報の範囲が決まっており、その範囲に従ってのみ各情報を閲覧することができるようになっています。

- ただし、救急搬送時で同意を得られない場合は、後に患者さまの同意を得ることを条件に、診療情報・介護情報・療養情報を見る場合があります。また、患者さまの受診歴(受診・処方年月日および受診医療機関・処方薬局名のみ)につきましては、指定(同意)した機関・施設でなくても検索が可能となっておりますので、ご理解くださいませう、お願いします。
- なお、本医療・介護サービスを切れ目なく受けることができるための情報共有の仕組み以外にも、個人情報保護法にのっとりた情報の利活用(行政目的、あるいは各種法令等に基づく登録や利用)を行う可能性はありますので、予めご了承ください。
- 「びわ湖あさがおネット」の参加機関については、ホームページに掲載しております。また、参加機関によって、共有可能な情報が異なりますので、詳細はホームページにてご確認ください。
- 「びわ湖あさがおネット」では、専用の回線、あるいは暗号化によってセキュリティが担保されたインターネットを利用して診療情報・介護情報・療養情報を共有するため、外部からの不正な侵入を防ぐことができます。

## 5. 免責事項

- 「びわ湖あさがおネット」に関する設備の保守のため、びわ湖あさがおネットが一時的に停止することがあります。停止の予定については、びわ湖あさがおネット参加機関に別途周知致します。
- 参加施設の脱退や設定状況等により、同意をいただいてもすぐに情報連携できない場合があります。

## 6. 参加される場合には「患者参加同意書」へのご署名をお願いします

- 「びわ湖あさがおネット」に関する説明を受け、目的・意義・安全確保など納得されましたら、「患者参加同意書」にご署名をお願いします。

## 7. 一時的にあるいは一部参加機関への参加同意をやめたい場合や、完全

に参加をやめたい場合においては、「利用停止(削除)申請書」に必要事項を記入してご提出をお願いします

- 「びわ湖あさがおネット」への参加をやめなくなった場合には、いつでも参加をやめることができます。参加をやめる場合には、「利用停止(削除)申請書」に必要事項を記入し、同意書を提出した参加機関にご提出ください。
- 利用停止後、患者さまの情報は、参加機関からは情報提供、参照および記述はできませんが、前述のびわ湖あさがおネットのデータベースに保管されている個人情報については削除致しませんので、再度、参加することが可能な状態となります。
- なお、「びわ湖あさがおネット」のデータベースからも個人情報の削除を希望される場合は、「情報停止(削除)申出書」の情報削除欄に必要事項を記入し下記の事務

局へお申し出ください。ただし、その場合は利用停止を申請した参加機関に加えて、情報の利用に同意している他のすべての参加機関に対しても利用停止を申請したものとみなし、そのように手続きを行いますので、予めご了承ください。

- ▶ もし、参加されなかった場合や、途中で参加をやめた場合であっても、引き続き医療・介護サービスを利用される上で患者さまに不利益が生じるものではありません。

## 8. 診療情報・介護情報・療養情報を開示・閲覧している参加機関の確認

- ▶ 「びわ湖あさがおネット」をとおして患者さまの診療情報・介護情報・療養情報を共有している機関・施設・事業所・行政機関につきましては、受診施設あるいは支援施設・事業所をとおして協議会事務局へご請求いただければ、確認することが可能です。

※この説明書をお読みになり、説明を聞かれた後、十分に考えてからびわ湖あさがおネットに参加するかどうかを決めてください。また、不明な点があればどんなことでも気軽に質問してください。

### お問い合わせ先

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局

〒524-8524 守山市守山5丁目4番30号 県立総合病院内

TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169

びわ湖あさがおネットホームページ: <https://www.biwako-asagao.net/>

## 様式第 8-1 号：患者参加同意書（初回のみ受領）

参加機関名 御中

私は、「びわ湖あさがおネット」に関する説明を受け、説明書に記載の項目1～8に関わる内容に同意しますので、本同意書に記名し提出いたします。

また、現在、以下の参加機関にて医療・介護サービスを利用しているため、私の診療情報・介護情報・療養情報を共有できるよう作業を依頼します。なお、本同意書の提出後に私が医療・介護サービスを利用している参加機関が追加された場合は、当該参加機関の申出により追加して情報が共有されることに同意いたします。

		情報共有を希望する機能に <input checked="" type="checkbox"/> してください→	医療	在宅
①	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩	参加機関名	(患者 ID : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

同意者 氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

(代理者 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

記入日：西暦 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者氏名: \_\_\_\_\_ (カナ氏名: \_\_\_\_\_) 性別：男・女

患者住所: (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ (携帯番号: \_\_\_\_\_)

生年月日: 西暦(大正 昭和 平成) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

説明者 氏名: \_\_\_\_\_ (自署)所属: \_\_\_\_\_

説明者連絡先(電話番号): \_\_\_\_\_ (FAX 番号): \_\_\_\_\_

- ※ コピー1部を患者さま本人にお渡しし、自機関で同意参加機関に対する情報の開示あるいは閲覧の設定を行った後、同意参加機関へ電子データで情報開示を依頼してください。
- ※ 同意書の原本は、病院の場合は受領参加機関、医科歯科診療所・薬局・介護施設・事業所の場合は協議会事務局で保管するものとします。
- ※ 同意書は初回のみ患者さまより受領することとし、以後において連携先を増やす場合は参加機関で情報の開示・閲覧の設定を行った後、連携先参加機関へ情報開示を依頼してください。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
 〒524-8524 守山市守山5丁目4番30号 県立総合病院内  
 TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp

※事務局利用欄  
 【作業実施記録】

受領参加機関	協議会事務局
日付 /	日付 /

## 様式第 8-2 号：患者情報共有依頼書

西暦 年 月 日

依頼先機関名 御中

依頼機関名: \_\_\_\_\_

依頼者名: \_\_\_\_\_

下記の患者さまが、本施設に受診(受診を予定)しておりますので、依頼事項により、当該患者さまにかかる医療介護情報を共有くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、当該患者さまの滋賀県医療介護情報連携ネットワーク患者参加同意書(様式8-1号)は、すでに提出されております。

### 【依頼事項】

- 貴施設の医療情報を閲覧したいので、開示設定をお願いします。
- 当施設の医療情報を開示しましたので、閲覧をお願いします。
- 在宅療養支援機能への登録と開示をお願いします。

患者氏名: \_\_\_\_\_ (カナ氏名: \_\_\_\_\_) 性別: 男 女

施設患者ID: \_\_\_\_\_ ←依頼機関の施設患者IDをご記入ください。

患者住所: (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

電話番号: \_\_\_\_\_ (携帯番号: \_\_\_\_\_)

生年月日: 西暦 (大正 昭和 平成 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- ※ 依頼事項に☑をしてください。
- ※ すでに包括同意書(様式第8-1号)の取得が確認された患者さまについて、本依頼書にて情報共有をご依頼ください。
- ※ 包括同意書のコピー等がお手元がない場合、ポータル「包括同意照会」機能で包括同意取得状況をご確認ください。
- ※ 依頼書原本は、患者さまから依頼を受けた病院、医科歯科診療所・薬局・介護施設・事業所で保管するものとします。

# 様式第 9-1 号 : 患者情報利用停止申請書

参加機関 御中

私は、「びわ湖あさがおネット」における以下の参加機関について、診療情報・介護情報・療養情報の開示または閲覧の停止を申請いたします。

<差支えなければ利用停止理由等をご記入ください>

利用停止理由: \_\_\_\_\_

①参加機関名: \_\_\_\_\_ (患者 ID: \_\_\_\_\_)

②参加機関名: \_\_\_\_\_ (患者 ID: \_\_\_\_\_)

③参加機関名: \_\_\_\_\_ (患者 ID: \_\_\_\_\_)

【備考】

- ※ 患者さまの情報は、この申請書が届き次第速やか利用停止を行います。
- ※ 医療情報共有について、「閲覧のみ停止」または「開示のみ停止」の希望がある場合は、上記【備考】欄にご記入ください。
- ※ 利用停止後、患者さまの情報は上記申請された参加機関からは情報の開示または閲覧はできませんが、「びわ湖あさがおネット」に保管されている個人情報についてはデータベースから削除致しませんので、再度、当該システムに参加することが可能な状態となっております。
- ※ なお、「びわ湖あさがおネット」のデータベースからも個人情報の削除を希望される場合は、「情報削除申出書」により協議会事務局へお申し出ください。ただし、その場合は、利用停止を申請した参加機関に加えて、情報の利用に同意しているすべての参加機関に対しても利用停止を申請したものとみなし、そのように手続きを行いますので、予めご了承ください。

申請者 氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

(代理者 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

記入日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名: \_\_\_\_\_ 性別 : 男 ・ 女

患者住所: (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

電話番号: \_\_\_\_\_ (携帯番号: \_\_\_\_\_)

生年月日: 西暦 (大正 昭和 平成 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者 氏名: \_\_\_\_\_ (自署) 所属: \_\_\_\_\_

説明者連絡先(電話番号): \_\_\_\_\_

- ※ コピー1部を患者さま本人にお渡しし、自機関の情報開示または閲覧の停止作業を行った後、病院の場合は連携先と協議会事務局へ、医科歯科診療所、薬局、介護保険施設・事業所の場合は協議会事務局へお送りください。
- ※ 利用停止申請書の原本は、病院の場合は受領参加機関で、医科歯科診療所、薬局、介護保険施設・事業所の場合は協議会事務局で保管するものとします。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局

〒524-8524 守山市守山5丁目4番30号 県立総合病院内

TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp

※事務局利用欄  
【作業実施記録】

受領参加機関	協議会事務局
日付 /	日付 /

## 様式第 9-2 号：患者情報削除申出書

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会 御中

私は、「びわ湖あさがおネット」のデータベースに保存されている私の個人情報の一切を削除するよう、お願いします。

申出日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

<差支えなければ、情報削除の理由等をご記入ください>

情報削除の理由：\_\_\_\_\_

- ※ 患者さまの情報は、この申出書が届き次第速やかに削除を行います。
- ※ 本申請書より先に利用停止を申請されている場合、利用停止申請書を提出した参加機関に加えて、情報の利用に同意しているすべての参加機関に対しても利用停止を申請したものとみなし、そのように手続きを行いますので、予めご了承ください。

申出者 氏名：\_\_\_\_\_（自署）

（代理者 氏名：\_\_\_\_\_ 続柄：\_\_\_\_\_）

患者氏名：\_\_\_\_\_ 性別：男・女

患者住所：(〒\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

電話番号：\_\_\_\_\_（携帯番号：\_\_\_\_\_）

生年月日：西暦（大正 昭和 平成）\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

- ※ 本書は協議会事務局へお送りください。原本は、協議会事務局にて保管します。
- ※ 協議会事務局より患者情報削除の依頼がありましたら、地域連携システムにて当該患者さまの開示を停止、または患者さま情報の削除をお願いします。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局  
〒524-8524 守山市守山5丁目4番30号 県立総合病院内  
TEL: 077-582-5071 FAX: 077-582-5169 メール: smic@mdc.med.shiga-pref.jp

※事務局利用欄 【作業実施記録】

協議会事務局	
日付	/