

## 在宅医療連携システム利用におけるリーダー登録申込書

### ○ 使用の目的

連携する医療関係者（医師、看護師、リハビリ、薬剤師等）や福祉関係者（ケアマネジャー、デイサービス、訪問入浴、ヘルパー等）、その他機関の関係者が、在宅で医療を受ける在宅者の病状変化及び医療・福祉行為の情報を共有することで、その質的向上と、充実を図ることを目的とします。

### ○ インターネットでの情報共有

医療・福祉行為の提供を円滑に行うため在宅者の個人情報、インターネットを活用した在宅医療連携システムで、連携する医療関係者、福祉関係者、その他機関の関係者及び、遠方に住む家族等と共有されます。その連携者は在宅者毎に設定されますので、連携する人以外が在宅者の個人情報を知り得ることはありません。

### ○ 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、前述した目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払ってください。キャッシュカードの番号など絶対記載することが無いよう注意喚起願います。

在宅医療連携システムで管理する個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理してください。

### ○ 利用料金について

当面の間、システムの利用料金は無料とします。別に在宅者に利用料金がかかることもありません。（ただし当法人でシステムを維持管理をしている場合は無料としますが、システム維持管理が難しくなり、将来的に別会社にシステムを移管する場合は有料化することも考えられます。その場合システムの利用継続を強制するものではありません。）

### ○ 運営について

将来的に別会社にシステムを移管する場合はそれぞれの利用者に対して同意無く行います。

利用申込書を以下に郵送して下さい。急ぐ場合は FAX 送信のち郵送して下さい。

電話：019-614-0133、FAX：019-614-0134

メール：bluehat@lime.ocn.ne.jp

住所：〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡3 - 20 - 3  
医療法人 葵会 もりおか往診ホームケアクリニック

## リーダー登録申込書

- 私はリーダーとして連携システムの維持に努め、個人情報の適切な管理を行います。
- 私は、在宅医療連携システムでの個人情報の取り扱いに当たり、連携者および在宅者に対して十分に在宅医療連携システム利用の概要を説明します。
- システム利用に際し、個人情報などに関する問題は、私たちで解決します。
- システムダウンに伴う金銭的保証は行わないことに同意します。
- 私たちはこのシステム利用に伴い、不利益を被っても運営事務局への責任を追及しません。
- システム運営事務局は一切の法的責任を負わないことに同意します。
- 上記の全てについて同意します
- ※ 同意する方のみ「同意します」に  をして下さい。
  - ※ 同意しない方はこの書類は必要ありません。このまま破棄して下さい。

希望するチーム名：

希望する ID：

希望するパスワード：

同封するもの：免許証のコピー または 保険証のコピー

平成 年 月 日

地域リーダー

所属事業所所在地

所属事業所名

氏名

印