

福岡県医師会診療情報ネットワーク

(愛称：とびうめネット)

救急医療支援システム関連書類

平成 2 7 年 5 月

公益社団法人 福岡県医師会

目次

・ 救急医療支援システム運用フロー	3
1. 医療機関参加・変更・脱退	5
(1) 参加申請関連	
①様式A-1 説明文	6
②様式A-2 パンフレット	7
③様式A-3 概要説明書	別紙
④様式A-4 利用規程（医療機関用）	8
⑤様式A-5 個人情報保護指針	13
⑥様式A-6 医療機関参加申請書	17
⑦様式A-7 事前ヒヤリングシート	19
⑧様式A-8 契約書 2通	21
⑨ 返送用封筒	
(2) 参加承認関連	23
①様式B-1 参加承認書	24
②様式A-8 契約書 1通	21
③様式B-2 ポスター	25
④様式B-3 変更申請書	26
⑤様式B-4 脱退申請書	27
⑥様式B-5 患者情報登録マニュアル	
(3) 変更・脱退承認関連	28
①様式C-1 変更承認書	29
②様式C-2 脱退承認書	30
2. 患者基本情報登録・脱退	
(1) 患者基本情報登録申請関連	31
①様式D-1 案内文	32
②様式A-2 パンフレット	7
③様式D-2 複写式利用同意書（パターンA）	33
様式D-2 複写式利用同意書（パターンB）	39
④ 返送用封筒（チェックリスト付）	

（２）患者基本情報登録完了関連	_____	46
①様式E-1 登録完了通知	_____	47
②様式E-2 利用ガイド（利用規程）	_____	48
③様式E-3 患者登録カード	_____	49
④様式E-4 登録患者シール	_____	50
⑤様式E-5 患者情報脱退申請書	_____	51
3. 災害時データバックアップ事業関連	_____	52
①様式F-1 案内文	_____	53
②様式F-2 事業概要	_____	54
③様式F-3 契約書	_____	58
④様式F-4 委託業務処理規程	_____	60
⑤様式F-5 契約解除申請書	_____	64
4. 福岡県メディカルセンター情報管理関連	_____	65

医療機関が本事業に参加/脱退/情報変更する際の運用フロー

医 療 機 関



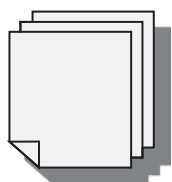
福岡県メディカルセンター



申請書の確認手続き

医療機関参加申請用書類 (様式A)

- (1) 説明文
- (2) パンフレット
- (3) 概要説明書
- (4) 利用規程契約書
- (5) 個人情報保護指針
- (6) 医療機関参加申請書
- (7) 事前ヒヤリングシート
- (8) 契約書 2通
- (9) 返信用封筒



契約書等
〒 郵 送

参加承認用書類 (様式B)

- (1) 参加承認書
- (2) ポスター
- (3) 患者情報登録マニュアル
- (4) 変更申請書
- (5) 脱退申請書



(様式A)

- (1) 契約書 1通

患者登録用書類 (様式D)

- (1) 案内文
- (2) パンフレット
- (3) 複写式同意書セット
 - ① 同意書控/仮登録証
 - ② 同意書/利用申請書
 - ③ 患者基本情報登録用紙
- (4) 郵送用封筒 (チェックリスト付)

※初回

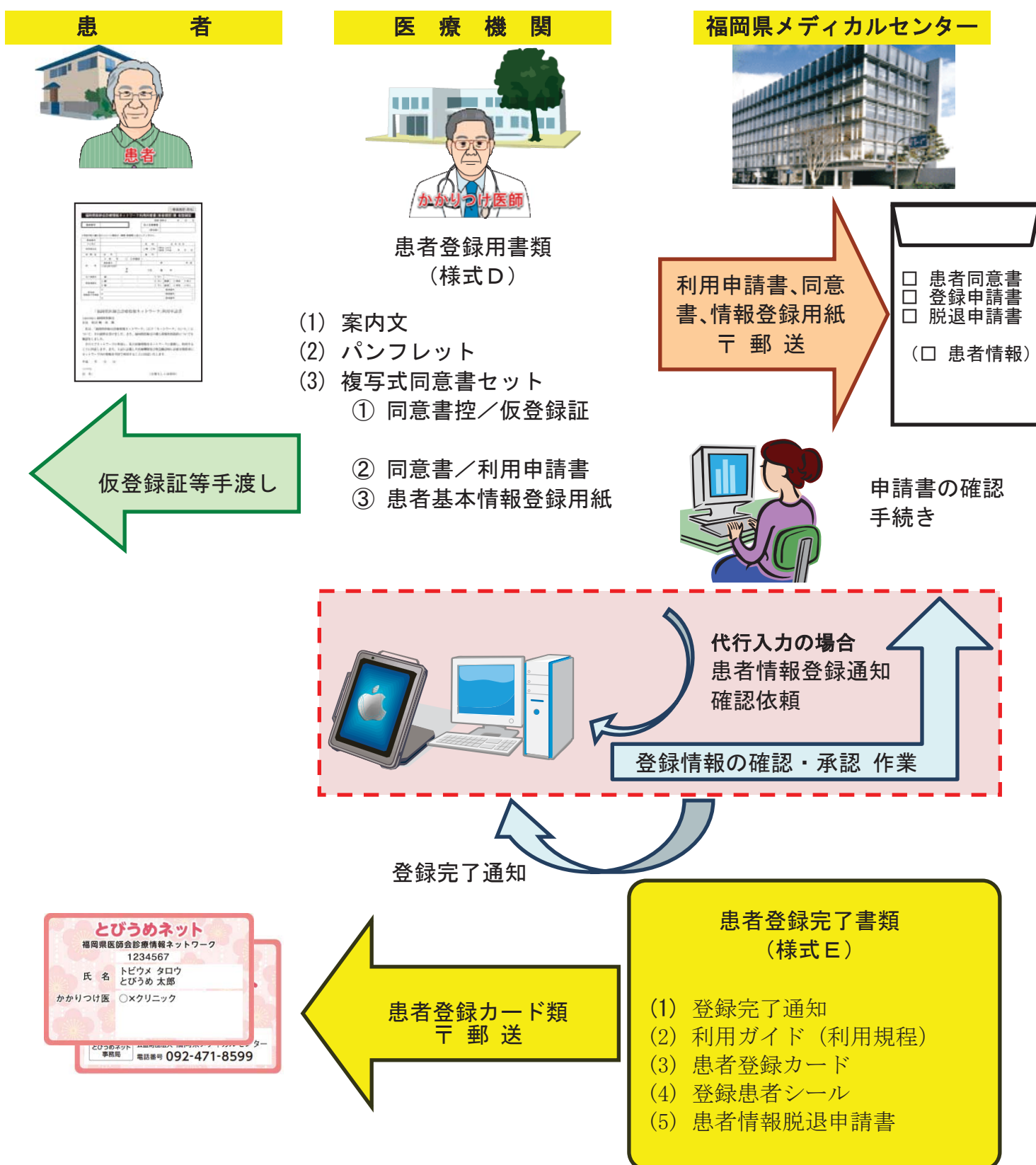
契約書・参加申請書をメディカルへ郵送

※以降、必要に応じ

変更申請書または脱退申請書をメディカルへ郵送

様式B・A・D
〒 郵 送

患者が本事業に参加（基本情報登録）する際の運用フロー



1. 医療機関参加・変更・脱退

(1) 参加申請関連

(医療機関⇒メディカルセンター)

- ①様式 A - 1 説明文
- ②様式 A - 2 パンフレット
- ③様式 A - 3 概要説明書
- ④様式 A - 4 利用規程（医療機関用）
- ⑤様式 A - 5 個人情報保護指針
- ⑥様式 A - 6 医療機関参加申請書
- ⑦様式 A - 7 事前ヒヤリングシート
- ⑧様式 A - 8 契約書 2 通
- ⑨ 返送用封筒

福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）について

拝啓 時下、貴職ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。

この度、福岡県医師会では、県民が選択し安心できる医療情報の共有を目指し『福岡県医師会診療情報ネットワーク（愛称：とびうめネット）』を運用することとなりました。

医療機関の先生方、消防救急隊の積極的なご協力なくしては、本ネットワークは成立いたしませんので、是非、ご参加くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご参画いただける医療機関は、同封しております書類（契約書、参加申請書）に必要事項をご記入のうえ、「返信用封筒」にて、ネットワーク事務局（福岡県メディカルセンター）宛にご返送いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

敬具

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県医師会診療情報ネットワーク協議会
会 長 松 田 峻 一 良

（同封書類）

- 福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）パンフレット
- 福岡県医師会診療情報ネットワーク概要説明書
- 福岡県医師会診療情報ネットワーク利用規程
- 福岡県医師会診療情報ネットワーク個人情報保護指針
- 医療機関参加申請書
- 契約書 2通
- 返信用封筒

とびうめネットお申し込みの流れ

- 1 かかりつけ医にてお申し込みください**
患者さんが承諾した医療施設、消防・救急隊において、情報共有することに同意していただきます。
- 2 仮登録証をお受け取りください**
かかりつけ医より患者基本情報を登録・作成していただき、仮登録証をお受け取りください。
- 3 申請完了後、登録カード・シールがご自宅へ届きます**
とびうめネット事務局である福岡県メディカルセンターより登録カード等が届きますので、記載内容をご確認ください。
- 4 登録カードはお手元に、シールは見えるところへ貼ってください**
登録カードは医療機関に受診される際に出せるよう健康保険証と一緒に持ち歩きましょう。また、シールは玄関のドア内側等、救急隊が見やすいところへ貼ってください。

とびうめネット
仮登録証

とびうめネット
登録証

Q&A とびうめネットに関するさまざまな疑問にお答えします。

Q とびうめネットに登録すると、私の診療情報がとびうめネットに参加しているすべての医療機関から見えるようになりますか？

A いいえ。患者さんのかかりつけ医と、緊急時紹介先医療機関として指定された医療機関及び消防・救急隊が、見ることができます。但し、緊急時においては、患者に承諾を得た医療機関へ情報を伝達することがあります。

Q 登録された診療情報が漏えいすることはないのですか？

A とびうめネットでの診療情報の共有は、一般的なインターネット通信ではなく、患者をもつ第三者に漏えいすることがないよう、厚生労働省が定めた「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した安全性の高い通信技術を用いて運営します。

Q 緊急時希望紹介先病院に登録した病院を受診する際は、「紹介」扱いになりますか？

A いいえ。かかりつけ医より、別途、必要書類を発行していただいた場合「紹介」となります。患者の情報は緊急時紹介先医療機関の医師が見ることにより、診療の一助としていただくことを目的としています。

Q 福でも登録できますか？

A 原則として在宅医療を受けている方や介護サービスを受けている方、病状悪化のリスクが高い方を対象としています。それ以外の方でもご希望の方は、かかりつけ医にご相談ください。

詳しくは、とびうめネット事務局または福岡県医師会にお問い合わせください。

とびうめネット事務局
公益社団法人 福岡県医師会
☎092-431-4564
〒812-8551 福岡県福岡市博多区博多駅前2-9-30

とびうめネット事務局
公益財団法人 福岡県メディカルセンター
☎092-471-8599
〒812-8551 福岡県福岡市博多区博多駅前2-9-30

とびうめネット

ふくおかで、安心な毎日を過ごすために

福岡県医師会診療情報ネットワーク

チームで
地域医療を
支援します

いつでも
安心して
救急医療が
受けられます

在宅医療を
サポート
します

公益社団法人 福岡県医師会

地域が一体となった充実のネットワークで 県民の地域医療生活を支えます。

こんなことありませんか？

これまでの病歴や現在服用中のお薬のことが緊急時に病院に伝わるから…

お母さんの体調がよくなくて万が一容態が急変した場合にどこかの病院に運んでもらえばいいのから…

そんな時もあしん！

福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）に登録してはいかがでしょうか。かかりつけ医で登録できます。

事前に必要な情報を登録しておくことで、かかりつけ医・病院、消防・救急隊が入院時や退院時に連携して支援するから安心です。

緊急時に患者さんの情報を参考にできると助かります。

もしもの時もあしん！

- とびうめネットの利用を希望される方は、かかりつけ医を受診した際に、患者基本情報のかかりつけ医に登録・作成していただくだけで手続き完了いたします。
- 患者さんの情報（緊急連絡先、病歴や服用中のお薬、アレルギーの有無など）を事前に登録しておくことで、病院から参照し、診療に役立ちます。
- かかりつけ医、病院を受診される際は、とびうめネット登録カードをご持参ください。救急車を利用される場合は、「とびうめネットに登録している」旨を救急隊員にお申し出ください。

とびうめネットとは

安全・安心な地域医療を支援するために、かかりつけ医を通じて医療に関する情報を登録しておくことで、体調を崩すなどの緊急時に迅速で適正な医療を支援するネットワークです。

とびうめネット 概要図

ご利用上の留意点

- ご希望の緊急時希望紹介先医療機関（救急病院等）を選んでいただけますが、選択した医療機関に必ず受け入れられることをお約束するものではありません。病状や医療機関の都合等により他の医療機関へ搬送されることもあります。
- お申し込みの受付ができるかかりつけ医、情報参照できる病院につきましては、順次参加を募りますが、すべての医療機関ではありませんのでご了承ください。

福岡県医師会診療情報ネットワーク救急医療支援システム利用規程

(目的)

第1条 この規程は、公益社団法人福岡県医師会（以下「福岡県医師会」という。）が設置運営する福岡県医師会診療情報ネットワーク（以下「ネットワーク」という。）の利用について必要な事項を定め、医療倫理の原則に基づき患者の診療情報を適正に利用することを目的とする。福岡県医師会は、ネットワークの円滑な運用のため、運用業務を委託した公益財団法人福岡県メディカルセンター（以下、「メディカルセンター」という。）に福岡県医師会診療情報ネットワーク事務局（以下「ネットワーク事務局」という。）を設置するものとする。

(ネットワークの利用範囲)

第2条 ネットワークに参加登録した利用者は、認証サーバーを経て、ポータルサイトを経由・接続し、次条に述べる機能について利用することができる。

(ネットワークにより提供される機能)

第3条 ネットワークで利用できる機能は次のとおりとする。

- (1) 自機関における患者基本情報の登録および更新
- (2) ネットワーク参加施設登録患者の同意に基づく患者基本情報および退院時情報の閲覧
- (3) ネットワーク参加施設登録患者の同意に基づく患者に対する退院時情報の登録
- (4) ネットワーク参加施設間のセキュアメールの使用
- (5) 診療情報のバックアップ機能の使用

(登録情報)

第4条 登録情報については「福岡県医師会診療情報ネットワーク患者基本情報登録用紙」に記載されている内容とする。

(利用者)

第5条 ネットワークの利用に際しては以下の2種類の役割においてどちらか一方もしくは両方を選択する。

- (1) かかりつけ医 医療機関：かかりつけ医として通院している患者の中でネットワークへの参加を希望する患者を登録し、日々の診療による患者の現況に関する情報をネットワークに提供し、更新する。
 - (2) 緊急時紹介先医療機関：かかりつけ医医療機関に通院している患者によって救急時に搬送先として選択され、受診時にネットワークの情報を参照し、治療を円滑かつ効率的に行う。また患者が入院した際には退院時にその要約や患者の情報を医療機関の判断によりネットワークへ提供する。
- 2 利用者とは、福岡県医師会会員および福岡県に所在地を置く医療施設管理者、及びそれら医師の監督下で医療福祉に就労する医療従事者のうち、本利用規程に書面で同意し、本規程に定める認証用ID、パスワード等の登録を完了した者をいう。

(利用者の責務)

第6条 ネットワークの利用者は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 利用者がネットワークを利用する場合には、著作権法（昭和45年法律第48号）

及び個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）を遵守しなければならない。

- (2) 利用者は、本規程に定める目的以外にその情報を利用してはならない。
- (3) 利用者はネットワークを通じて入手した診療情報については、適正な利用に努める。すなわち診療及び説明目的での閲覧に留め、撮影、複製、公開、利用者以外への提供等はしてはならない。
- (4) 施設管理者は利用者がネットワークに接続する端末にはセキュリティを維持するためウィルス対策ソフトを導入し、常に最新のウィルス定義に更新しなければならない。また、P2Pファイル交換ソフト等をインストールしてはならない。
- (5) 認証用ID、パスワードをネットワークに参加していない第三者に貸与する行為をしてはならない。
- (6) 第三者又は福岡県医師会およびネットワーク事務局の財産、名誉及びプライバシー等を侵害する行為をしてはならない。
- (7) 福岡県医師会およびネットワーク事務局の信用を傷つけ、又は損害を与える行為をしてはならない。

（ネットワーク利用に当たっての禁止事項）

第7条 利用者は、ネットワークの利用にあたり、次に掲げる行為をしてはならない。

- (1) ネットワークを通じて取り扱われる患者基本情報及び診療情報、及びその他情報を不正に利用する行為。
- (2) ネットワークを通じて取り扱われる患者基本情報及び診療情報、及びその他情報を改竄する行為。
- (3) ネットワークを通じて取り扱われる患者基本情報及び診療情報、及びその他情報を漏洩させる行為。
- (4) 他の利用者になりすましてネットワークを利用する行為。
- (5) 有害なコンピュータープログラム等を送信又は書き込む行為。
- (6) 本人の同意を得ることなく又は詐欺的な手段により患者基本情報及び診療情報、及び第三者又は福岡県医師会の個人情報を収集する行為。
- (7) ネットワークの利用又は提供を妨げる行為。
- (8) 第三者又は福岡県医師会の著作権その他の知的財産権を侵害する行為。
- (9) 法令又は公序良俗に反する行為。
- (10) ネットワークを利用した営業活動その他営利を目的とする行為
- (11) 第三者にネットワークを利用させる行為
- (12) その他、福岡県医師会が不適切と判断した行為。

（施設責任者の責務）

第8条 施設責任者は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 施設責任者は、自らが、あるいは任命した担当者を通じ、自施設の認証用IDおよびパスワードの適切な管理、施設責任者、利用者情報の変更やそれらの登録・抹消に関して遅滞のない報告をネットワーク事務局に対して行わなければならない。
- (2) 施設責任者は、自らが、あるいは任命したネットワーク担当者を通じ、利用者が第5条及び第6条に掲げた法令、禁止事項等を遵守し、また第12条で述べる認証用ID、パスワードに関する管理を適切に行うよう監督指導するものとする。
- (3) 認証用IDおよびパスワードの紛失、盗難時等は速やかにネットワーク事務局に

報告を行うものとする。

(ネットワークの利用形態)

第9条 ネットワークの利用形態は、次に掲げる通りとする。利用者は認証サーバーを経てVPN接続後、ネットワーク事務局のポータルあるいは地区医師会のポータルを経由し、情報発信・受信を行うものとする。

(利用時間)

第10条 ネットワークの利用時間は、1年間を通じ常時利用可能とする。ただし、定期的な保守点検等により運用を停止する場合は、利用者に対してネットワーク事務局を通じ事前に通知するものとする。不定期に必要なとなった保守点検・修理の際は運用を停止することがある。

(機能等の変更等)

第11条 ネットワークの良好な運用を維持するために必要な場合には、ネットワークの機能又は利用時間の変更又は停止を行うものとする。

- 2 前項の規程により変更又は停止するときは、利用者に対し事前にその旨を、ネットワーク事務局を通じて連絡するものとする。ただし、緊急その他ネットワーク事務局が特別の理由があると認めるときは、この限りではない。

(認証用ID・パスワードの管理)

第12条 利用者はネットワークの認証用ID・パスワードの管理に関して次の内容を遵守しなければならない。

- (1) 認証用ID及びパスワードの利用は交付を受けた本人のみが利用するものとし、認証用ID、パスワードの貸し借りをを行い、代理の者に利用させてはならない。
- (2) セキュリティ保持のため、利用者は最終パスワード変更時から90日以内にパスワードを変更するように努めるものとする。
- (3) 施設責任者は責任範囲内の利用者が何らかの理由で第5条に定める利用者に該当しなくなった場合、すみやかに認証用ID、パスワード等の取り消しを申請しなければならない。
- (4) 認証用ID、パスワード等の発行の事務手続きは、ネットワーク事務局で処理する。

(初期費用及び利用料金)

第13条 ネットワーク参加に必要な初期諸設備の構築及びその運営・維持のため、各参加施設は福岡県医師会に対して、別紙に掲げる料金を支払うものとする。

(通信内容の削除)

第14条 ネットワークを利用した通信内容について、次の各号に該当する場合は、ネットワーク事務局が判断し、その内容を削除するものとする。

- (1) 通信内容に利用者相互の信頼関係を失墜させるおそれがある場合。
- (2) 記載期限を経過した情報がある場合。
- (3) 法令等の条項に違反した情報がある場合。

(認証用 I D等の取り消し)

第 15 条 利用者が、次の各号のいずれかに該当したときは、認証用 I D等はネットワーク事務局が取り消すものとする。

- (1) 本規程の利用者に該当しなくなったとき。
- (2) 医療関係法令、個人情報保護法令の各条項に違反したとき。
- (3) ネットワーク上の診療情報の取り扱いが不適切であり、かつ、ネットワーク事務局からの指導又は警告にもかかわらず改善が認められないとき。

(違反行為に対する措置)

第 16 条 利用者及び施設責任者は、第 2 項本文に掲げる違反行為があった場合には、速やかに第 2 項各号に掲げる措置を受ける。

- 2 ネットワーク事務局は、利用者が第 7 条の各号に該当する行為を行なっていることを知った場合、または該当行為により第三者からネットワーク事務局に対してクレーム・請求等がなされた場合、あるいはその他利用者による行為がネットワークの運営上不適当であるとネットワーク事務局が判断した場合には、利用者とその施設責任者に対して、次の各号のいずれか又はこれらを組み合わせた措置を講ずる。
 - (1) 第 7 条各号に該当する行為を直ちに止めるよう催告し、速やかに是正することを要求する。
 - (2) 利用者の違反行為によりネットワーク事務局へクレーム・請求等が生じた場合、クレーム・請求をなした第三者との間で問題を協議し、解決することを要求する。
- 3 ネットワーク事務局が利用者に対して前項第 2 号に基づく要求を行った場合、利用者及びその施設責任者は、ネットワーク事務局にクレーム・請求等をなした第三者との間で問題を協議し、解決を図るものとする。

(契約解除)

第 17 条 利用者が契約を解除する場合、利用者は所定の「脱退申請書」をネットワーク事務局へ提出する。

- 2 ネットワーク事務局は脱退申請が承認されしだい契約を解除し、利用者へ結果を報告する。

(事務局)

第 18 条 この規程に定める事務手続き等については、ネットワーク事務局においてその処理を行うものとする。

(本規程の変更)

第 19 条 本規程の変更については、福岡県医師会全理事会の承認を必要とする。

附 則

- 1 この規程は、平成 26 年 4 月 1 日より施行する。

福岡県医師会診療情報ネットワーク救急医療支援システム 利用料金表

公益社団法人福岡県医師会（以下「福岡県医師会」という。）が設置運営する福岡県医師会診療情報ネットワーク救急医療支援システム（以下「本ネットワーク」という。）に参加する医療機関（以下、「参加医療機関」という。）の初期費用並びに利用料金について、以下の通り定める。

1. 初期費用

本ネットワークに参加するにあたり、初期費用は無料とする。

2. 利用料金

本ネットワークの利用料金は無料とする。

但し、本ネットワークに参加し、患者情報の登録・閲覧に際して、パソコンあるいはタブレット端末を使用する場合は、参加医療機関の自己負担で購入等の準備を行うものとし、機器の維持・保守等に関わる経費についても参加医療機関の自己負担とする。

また、本ネットワークのシステムに接続するにあたり、インターネット環境または閉域回線網の導入が必要となるが、その初期回線工事費用及び回線利用料についても参加医療機関の自己負担とする。

本料金表の改定については、ネットワーク利用規程の第 19 条に従い、福岡県医師会全理事会の承認を得るものとし、さらに参加医療機関との再契約を締結するものとする。

福岡県医師会診療情報ネットワーク個人情報保護指針

福岡県医師会診療情報ネットワーク（以下、「本ネットワーク」という。）は、住民の皆様が安心して医療を実施することを情報面からサポートすることを目的に、住民の皆様からご提供いただいた個人情報を活用しております。

本ネットワークの事業主体は公益社団法人福岡県医師会（以下、「福岡県医師会」という。）であり、公益財団法人福岡県メディカルセンター（以下、「メディカルセンター」という。）が福岡県医師会より委託を受け事務局業務を実施いたします。

両法人は本ネットワークの運営に際し、個人情報をご提供いただいた方々の信頼に応えられるよう、適切に管理・保護することを重要な責務と認識し、この責務を果たすため、個人情報の保護に関する法律（以下、「個人情報保護法」という。）及び医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等の個人情報保護関連の各種法令や倫理指針を遵守するとともに、本指針に従い、個人情報の適切な管理・保護に努めてまいります。

なお、本ネットワークでは医療法その他の法令に関連する情報を扱うことが想定されています。それらの情報の取り扱いについては、その該当する法令の規定に従います。

1. 個人情報の利用

メディカルセンターは、本ネットワークに提供された住民の皆様様の個人情報を、ご提供頂く際に住民の皆様にお知らせした利用目的または福岡県医師会ホームページにて公表した利用目的の範囲内でのみ利用し、これ以外の目的には利用いたしません。

また、福岡県医師会は個人情報を取り扱わないものといたします。本ネットワークにおける個人情報の利用目的は、以下をご覧ください。

（１）個人情報及び保有個人データの利用目的

本ネットワークは、個人情報を以下の利用目的にのみ利用いたします。

「個人情報」の種類	利用目的
本ネットワークに参加する住民の個人情報	○救急医療の提供 ○自らがお受けになる医療サービス ○本ネットワークの業務の維持／改善のための基礎資料 ○本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼 ○地域医療供給体制の質向上に寄与する調査等への協力依頼
お問い合わせ・相談等の申出者等に関する個人情報	○お問い合わせ・相談等への適切な対応 ○上記相談対応の満足度アンケート等への協力依頼 ○本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼
個人情報に関する開示請求・苦情等の申出者等に関する個人情報	○請求・苦情等への対応のための調査 ○本人・代理人の確認 ○回答の送付及び必要な連絡

(2) 共同利用

以下の個人データについては、以下に従い、共同利用いたします。

共同利用する 個人データの項目	共同利用する目的	共同利用する者 の範囲	管理責任者
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、診療に関する情報等	○より良い診療の提供	○患者様が指定した医療機関等（※）	メディカルセンター
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、患者状態に関する情報等	○救急時の搬送を円滑に行うため	○救急業務を行う自治体部局	メディカルセンター

（※） 患者様が指定した医療機関とは、同意書内に記載された医療機関を指します。

2. 個人情報の適切な管理・保護

メディカルセンターは、皆様の個人情報を適切に管理・保護するため、以下のような対策を実施しております。

- 法人全体の個人情報保護に関する推進組織の設置ならびに個人情報を保有する各部門に個人情報管理責任者を任命
- 個人情報保護法および各省庁の個人情報取扱いに関するガイドラインに準拠した社内規程類の整備
- 個人情報保護の重要性および上記の規程類の周知・徹底を図るための従業員等への教育・啓発の実施
- 個人情報管理台帳の整備および個人情報への適切なアクセス制限の実施
- 外部からの個人情報への不正アクセスまたは個人情報の漏洩、毀損もしくは改ざん等を防止するための適切かつ合理的なレベルの安全策の実施

3. 第三者への提供・開示

メディカルセンターは、次の場合を除き、皆様の個人情報を第三者に提供または開示しません。

- 予め皆様から個人情報の開示について同意をいただいている場合
- 提供・開示に際して法的に有効な本人の同意が確認できる書類が呈示された場合
- 法令に基づく場合
- 利用目的の実施に必要な範囲で業務委託先に提供または開示する場合
- 共同利用する場合

4. 個人情報から個人を特定する情報を除去した情報の取り扱い

メディカルセンターは次の場合を除き、皆様に由来する情報について個人を特定する情報を除去した上でも第三者に提供または開示はいたしません。

- (1) 福岡県の医療供給体制の質向上に寄与する事業・研究
- (2) 本ネットワークの事業効果を明らかにするための情報提供・研究
- (3) その他本ネットワークを維持・発展させていくために必要な資料作成

5. 業務報告等の情報の公開等に関する取り扱い

メディカルセンターは、業務報告等の公表や第三者への提供を実施するに際し、皆様に由来する情報を使用する場合については、集計処理等を行うことによって、個人単位の情報でない状態に加工いたします。

6. 委託先の管理

メディカルセンターは、利用目的の実施に必要な範囲で、個人情報の取扱いを外部に委託することがありますが、委託する場合にはそれぞれの法人が個人情報を適切に取り扱うと認める委託先を選定します。また、委託先に対し、利用目的の実施に必要な範囲のみに限定して個人情報を提供または開示し、契約等により個人情報の適切な取扱いを求め、その状況について定期的に確認します。

7. 個人情報に関する開示・訂正等の請求への対応

メディカルセンターは、皆様から、ご自身の個人情報に関する利用目的の通知、開示、訂正等（訂正、追加、削除）、利用停止等（利用停止、消去）または第三者提供の一部もしくは全部の停止に関するご請求があった場合には、ご本人であることを確認させていただいたうえで、応じられない合理的理由の無い限り、これに対応いたします。ご請求は、メディカルセンターへご連絡ください。

8. 個人情報に関するお問い合わせ・苦情等への対応

皆様の個人情報の取扱いに関するお問い合わせ・苦情等は、メディカルセンターへご連絡ください。適切かつ迅速に対処できるよう努めてまいります。

9. 個人情報の取扱いの見直しおよび改善

メディカルセンター及び福岡県医師会では、上記の個人情報の取扱いに関して適宜見直し、一層の個人情報保護のために継続的改善に取り組んでまいります。これに伴い、本指針が予告無しに変更されることがありますことを予めご了承ください。

以 上

福岡県医師会診療情報ネットワークサービス利用概要

本サービスにおけるネットワーク利用は以下の通りです。

1. サービス概要

「福岡県医師会診療情報ネットワークサービス」

本サービスは、地域医療連携のための情報共有支援を行なうサービスです。

2. サービス詳細

- (1) 医療施設は、本ネットワーク内で患者からの指定によってかかりつけ医療機関としての活動を行う事とします。
- (2) 医療施設は、患者が自医療機関をかかりつけ医療機関に指定した場合、本ネットワークが保有する患者の情報の閲覧・利用を行う事ができます。
- (3) 患者が自医療機関をかかりつけ医療機関に指定した場合、指定された患者について自院で行った診療をもととした現在の患者の状態に関する情報を本ネットワークに登録し、その情報の更新を行うこととします。
- (4) 本ネットワークに登録する情報は、患者の現況を示す基本情報項目および個人情報（以下、患者情報）および救急搬送先病院が登録した退院時サマリなどの入院中の診療情報が分かるもの（以下、退院時サマリ情報という）とします。
- (5) 本ネットワーク内の患者情報、退院時サマリ情報は福岡県医師会が患者の同意を得て保管いたします。
- (6) 医療機関は本ネットワーク内で閲覧可能な患者情報、退院時サマリ情報に関し、取得し、自らの管理下に置くことができます。
- (7) 本ネットワーク内の患者情報、退院時サマリ情報については患者の救急時に活用するため、救急を所管する自治体部局及び、救急時搬送先医療機関に提供いたします。
- (8) 本ネットワーク内の患者情報、退院時サマリ情報についてはよりよい診療の提供のために利用することが出来ます。今後そのための機能追加等を行っていきます。
- (9) 本ネットワークの事務局は公益社団法人福岡県医師会より委託を受け、公益財団法人福岡県メディカルセンターが担い、管理／運営業務を行います。

3. サービス提供時間

- (1) 24時間365日

4. サービス利用料

- (1) 当面の間、医療機関にかかるサービス利用料金は無料といたします。

5. この参加申請の取り扱い

- (1) 福岡県医師会と医療機関の間での契約という形式をとります。
上記の概要に沿った形で、契約書を別途同封しております。
その契約に基づき、患者情報の共同利用を行います。

福岡県医師会診療情報ネットワーク参加申請書

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松 田 峻一良 殿

ネットワークへの参加を申請いたします。

記入日 平成 年 月 日

所属医師会名	医師会		
フリガナ 医療機関名			
保険医療 機関番号			
フリガナ 代表者氏名			印
	(役職)		
住 所	郵便 —		
電話番号	— —	FAX番号	— —
メール アドレス	@		
連絡窓口	フリガナ (部署) 氏 名 (役職) (内線)		
申 請 書 記 入 者	フリガナ 氏 名 (部署) (役職)		印
備 考			

ログイン用 I D について

本ネットワークへログインを希望される方の氏名および所属・役職をご記入ください。

- ①ログイン I D とパスワードは、各個人に付与いたします。
- ②ログイン I D 毎に使用履歴を管理しますので、ログインを希望される方の数だけご記入下さい。
- ③もし、院内の運用として 1 つのログイン I D を複数人でご利用になる場合、使用履歴等について、ご記入いただきました方へ、事務局より確認の連絡をさせていただく事がございます。

フリガナ 医療機関名	
---------------	--

フリガナ 氏 名	所属・役職

福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）接続用 事前ヒアリングシート

- この調査シートは、「とびうめネット」に入会申請を頂いた方に対して、システムへ接続するために必要な情報をご提供いただくものであり、本事前調査シートに基づき設定を行います。
- ご不明な項目は未記入で結構ですので、可能な限りご記入をお願いいたします。
- 「とびうめネット」では、システムへの接続にあたってセキュリティを確保を目的に、ソフトウェアVPNを使用します。
- ※ソフトウェアVPNとは、パソコンの画面から参照される際に、インターネット上に仮想的な専用線(VPN)を構築し、安全な接続経路を提供するものです。
- 尚、本調査シートは標記目的以外には使用せず、取り扱いには充分注意いたします。

ご記入日 20 年 月 日

1. 医療機関情報

項目	内容
(フリガナ)	
医療機関名	
記入者氏名	

2-1. ご利用端末が「Apple社製 iPad」の場合

項目	内容
iOSのバージョン	※今回ご推奨のバージョンは、iPad Air、iOS 7 とさせて戴いております。

※「Apple社製 iPad」の場合、2 - 2以降の記載は結構です。

2-2. ご利用端末が「パソコン」の場合

2-2-1. 回線情報

項目	内容
契約中のインターネット 事業社名 サービスプロバイダー （契約しているサービスなどを記入）	☐ QTNNet：（ ） ☐ NTT：（ ） ☐ その他：（ ） 契約時にインターネット事業者から「お申し込み内容のご案内」などの名称で、契約内容の通知書が届いているはずなので、記載内容を確認し、本シートにご記入ください。
契約内容の確認できる 書類の有無	あ る な い（※） ※「な い」の場合はあらかじめプロバイダーにお問い合わせください。
回線接続のための ユーザ名がわかりますか？ （PPPoE認証ユーザー名など）	自分でわかる 職員がわかる 設置業者がわかっている 誰もわからない（※） その他（ ） ※誰もわからない場合はあらかじめプロバイダーにご連絡ください。
回線接続のためのパスワードがわかり ますか？ （PPPoE認証パスワードなど）	自分でわかる 職員がわかる 設置業者がわかっている 誰もわからない（※） その他（ ） ※誰もわからない場合はあらかじめプロバイダーにご連絡ください。
ルータ（インターネット回線通信機 器）の設置業者は分かりますか？ ※設定変更の可能性があるので	業者名 担当者名 電話番号 誰もわからない（※） その他（ ） ※誰もわからない場合はあらかじめプロバイダーにご連絡ください。

2-2-2. パソコンのシステムについて
「とびうめネット」に接続するパソコンのシステムについて記入してください。

項目	内容
OSの種類	Windows(XP, Vista, 7, 8, その他[]) Mac(MacOS, その他[])
標準で使用する インターネットブラウザ	IE, FireFox, GoogleChrome, safari, その他[]
ブラウザバージョン	

2-2-3. とびうめネットをご利用されるパソコンは他のシステムと併用されますか

項目	内容
とびうめネット閲覧専用	はい「とびうめネット」専用です いいえ 他のシステムと併用します
他のシステムと併用	メーカー名： システム名： 業者： 有・無
	メーカー名： システム名： 業者： 有・無
	メーカー名： システム名： 業者： 有・無
	メーカー名： システム名： 業者： 有・無

2-2-4. とびうめネットをご利用されるパソコンに、ウイルス対策ソフトは導入されていますか

項目	内容
ウイルス対策ソフト	導入済 な し
ウイルス対策ソフト導入済みの場合 インストールキー (ユーザーIDやパスワード)	わ か る わからない

ウイルスバスターコーポレートエディション等、ソフトを削除する際インストールキーが必要な場合がありますので、ご確認ください。

※ウイルス対策が導入されていないパソコンは規程により利用できません。

ご協力いただき、有難う御座いました。

発行元：福岡県医師会、とびうめネット事務局

契 約 書

(目的)

第1条 本契約は公益社団法人福岡県医師会（甲）と参加医療機関（乙）の「福岡県医師会診療情報ネットワーク（以下、「本ネットワーク」という。）」での情報の共同利用に関し、必要な事項を定めるものである。

第2条 本ネットワークは、利用を申し出た患者が、救急時に適切な医療が受けられること及びよりよい診療が受けられることを目的とする。

(福岡県医師会の責務)

第3条 甲は、本ネットワークにおいて、利用を申し出た患者の診療情報及び個人情報（以下、「患者情報」という。）を保有し、適切に管理する責務を負う。

- 2 甲は、甲の定める福岡県医師会診療情報ネットワーク個人情報保護指針（以下、「個人情報保護指針」という。）に基づき乙と患者情報に関して共同利用を行う。共同利用の範囲については個人情報保護指針に記されたものとする。
- 3 甲は乙に対して共同利用に必要な認証用ID／パスワードを発行し、その共同利用が滞りなく行える環境を維持する責務を負う。
- 4 甲は共同利用が滞りなく行えるために、利用患者が診療情報の共同利用先として乙を指定していることを乙に伝える責務を負う。

(参加医療機関の責務)

第4条 乙は本ネットワークにおいて、利用を申し出た患者が共同利用先に指定した場合、指定された患者情報を本ネットワークに登録し、その情報の更新を行うこととする。なお、登録する情報については甲が、福岡県医師会診療情報ネットワーク利用規程（以下、「ネットワーク利用規程」という。）内で定め、乙に通知することとする。

- 2 乙は前条2項に基づき共同利用する患者情報に関して、法令に基づき適切に管理することとする。
- 3 乙は本ネットワークでの患者情報の共同利用に当たり、甲が定めるネットワーク利用規程を遵守しなければならない。
- 4 乙は保険診療を行う際、本ネットワークでの情報の共同利用の有無等によって患者の取り扱いに差をもうけてはならない。

(利用料金)

第5条 乙は本ネットワークでの患者情報の共同利用にかかる対価として甲の定めるネットワーク利用規程に示された利用料金を支払うものとする。なお、この条項にかかわらず平成28年3月31日までは利用料を徴収しないものとする。

(契約解除)

第6条 甲は乙が次の事項のいずれかに該当したときは、契約を解除できるものとする。

(1) 本契約の責務を履行しなかった場合

(2) 法令等の各条項に違反したとき

2 乙は契約の解除を希望する場合、この契約を解除できるものとする。

3 前2項の契約解除の際の手続きについては「ネットワーク利用規程」に定める。

(本契約に関連する文書の取り扱い)

第7条 甲が定める「個人情報保護指針」及び「ネットワーク利用規程」について変更が行われる場合、少なくとも一ヶ月前にその内容について乙に通知することとする。

(本契約に定めのない事項)

第8条 本契約に定めのない事項に関して調整／確認が必要な場合には甲及び乙で協議を行い、解決を図るものとする。

(契約期間)

第9条 本契約の有効期間は契約締結日から1年間とする。ただし、期間については、乙から特に申し出等がない場合は自動的に1年ごと延長されるものとする。

本契約締結の証として本書二通を作成し、甲乙記名捺印の上、各一通を保管する。

平成 年 月 日

(甲) 公益社団法人 福岡県医師会

住 所 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

代 表 者 会長 松田 峻一良 印

(乙) 医療機関名

住 所

代 表 者

印

(2) 参加承認関連

(メディカルセンター ⇒ 医療機関)

- ①様式 B - 1 参加承認書
- ②様式 A - 8 契約書 1 通
- ③様式 B - 2 ポスター
- ④様式 B - 3 変更申請書
- ⑤様式 B - 4 脱退申請書
- ⑥様式 B - 5 患者情報登録マニュアル

福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）

参 加 承 認 書

〇〇医院

〇〇 〇〇 殿

ネットワークへの参加が承認されましたので、お知らせいたします。

なお、ログインID及びパスワードは、貴機関のみ使用できるものであり、他に漏れることがないように、管理に十分ご留意ねがいます。

貴医療機関名	
住 所	
参加承認日	平成 年 月 日

ログインID	XXX@XXXXXXXXXX.Fukuoka
パスワード	XXXXXXXXXX

平成 年 月 日

公益社団法人 福岡県医師会

福岡県医師会診療情報ネットワーク協議会

会 長 松 田 峻 一 良

お問い合わせ先
とびうめネット事務局
福岡県メディカルセンター
TEL 092-471-8599

福岡県医師会診療情報ネットワーク参加医療機関 登録内容変更申請書

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松 田 峻 一良 殿

下記のとおり登録内容の変更を申請いたします。

記入日 平成 年 月 日

ログイン I D			
フリガナ 医療機関名			
フリガナ 代表者氏名	印		
	(役職)		
住 所	郵便 —		
電話番号	— —	FAX番号	— —
メール アドレス	@		
連絡窓口	フリガナ 氏 名 (部署) (役職) (内線)		
申 請 者	フリガナ 氏 名 印 (部署) (役職)		
備 考			

【お願い】 ログイン I D と変更箇所をご記入ください。

福岡県医師会診療情報ネットワーク参加医療機関 脱退申請書

公益社団法人 福岡県医師会

会長 松 田 峻 一 良 殿

下記のとおり登録内容の変更を申請いたします。

記入日 平成 年 月 日

ログイン I D	
医療機関名	
代表者氏名	印 (役職)
住 所	郵便 —
電話番号	— —
申 請 者	フリガナ 氏 名 印 (部署) (役職)
備 考	

(3) 変更・脱退承認関連

(メディカルセンター ⇒ 医療機関)

①様式C-1 変更承認書

②様式C-2 脱退承認書

福岡県医師会診療情報ネットワーク参加医療機関 登録内容変更承認書

〇〇〇〇病院／医院
 〇〇〇 〇〇〇 様

ネットワーク登録内容の変更が承認・完了しましたので、お知らせいたします。
 変更しました登録内容に間違いがないかご確認をお願いいたします。

貴医療機関名	
住 所	
変更承認日	平成 年 月 日

平成 年 月 日
 公益社団法人 福岡県医師会
 福岡県医師会診療情報ネットワーク協議会
 会長 松田 峻一良

お問い合わせ先 とびうめネット事務局 福岡県メディカルセンター TEL 0 9 2—4 7 1—8 5 9 9
--

福岡県医師会診療情報ネットワーク参加医療機関 脱退承認書

〇〇〇〇病院／診療所
 〇〇〇 〇〇〇 様

ネットワークからの脱退が承認されましたので、お知らせいたします。

貴医療機関名	
住 所	
脱退承認日	平成 年 月 日

平成 年 月 日
 公益社団法人 福岡県医師会
 福岡県医師会診療情報ネットワーク協議会
 会長 松田 峻一良

お問い合わせ先 とびうめネット事務局 福岡県メディカルセンター TEL092-471-8599
--

2. 患者基本情報登録・脱退

(1) 患者基本情報登録申請関連

(医療機関 ⇒ メディカルセンター)

- ①様式D-1 案内文
- ②様式A-2 パンフレット
- ③様式D-2 複写式同意書セット
- ④ 返送用封筒 (チェックリスト付)

患者登録用書類についてのご案内

患者情報登録用の書類は以下のとおりです。

- 「とびうめネット」パンフレット
- 複写式同意書セット
- 返送用封筒

複写式同意書の必要事項にご記入のうえ「返信用封筒」にて、とびうめネット事務局（福岡県メディカルセンター）へご返送くださいますようお願い申し上げます。

複写式同意書に関するお願い

【 1 枚目・2 枚目 必ず、患者様へお渡しください 】

1 枚目は、裏面に「個人情報保護指針」を掲載しております。

2 枚目は、「登録同意書兼仮登録証」となっておりますので、必要事項をご記入のうえ、必ず患者様へ手渡しをお願いいたします。

また、「登録同意書兼仮登録証」は、患者登録カード（本カード）が届くまでは、患者様が医療機関へ受診の際に持参されますよう、ご指導をお願いいたします。

【 3 枚目 各かかりつけ医医療機関にて保管してください 】

3 枚目は、「登録同意書 医療機関控」となっておりますので、各かかりつけ医にて保管をお願いいたします。

【 4 枚目・5 枚目 とびうめネット事務局へご返送ください 】

4 枚目は、「登録同意書」となっておりますので、必要事項をご記入のうえ、必ず、とびうめネット事務局（福岡県メディカルセンター）へご返送ください。

とびうめネット事務局で正式登録後に、登録カードおよびシール等を患者様のご自宅住所宛へ送付させていただきます。

5 枚目以降は、とびうめネット事務局に代行入力をご依頼される際は、「基本情報登録用紙」に該当事項をご記入のうえ、とびうめネット事務局へお送りください（自院で入力される場合は、返送不要です）

なお、「緊急時紹介先医療機関」は、できるだけ多く選んでいただきますよう、患者様へご指導をお願いいたします。

複写式同意書等を御所望の際は、お手数ですがとびうめネット事務局へご連絡をお願いいたします。

【とびうめネット事務局】

宛先 : 公益財団法人 福岡県メディカルセンター

住所 : 〒812-0016

福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

福岡県医師会館2F

電話番号 092-471-8599

【複写式利用同意書 (パターンA) 1枚目表】

利用同意書

とびうめネット

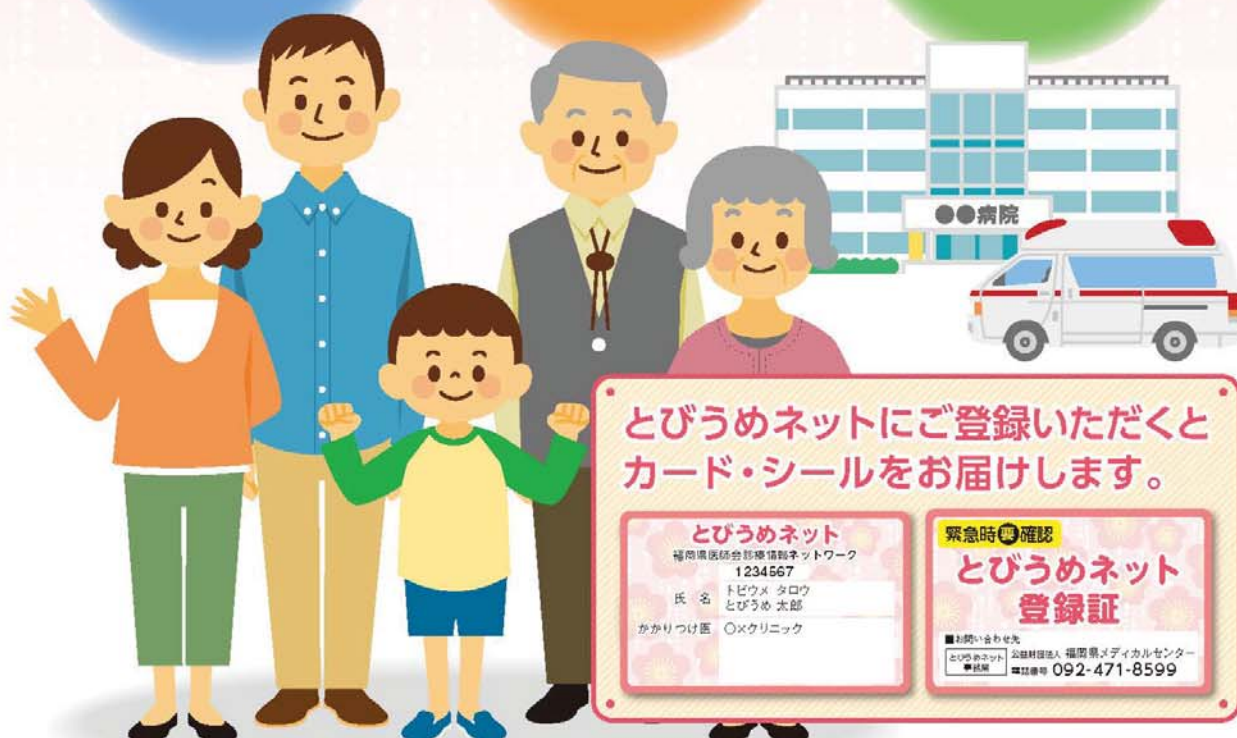
ふくおかで、安心な毎日を過ごすために

福岡県医師会診療情報ネットワーク

チームで
地域医療を
支援します

いつでも
安心して
救急医療が
受けられます

在宅医療を
サポート
します



■詳しくは、とびうめネット事務局または福岡県医師会にお問い合わせください。

とびうめネット事業主体

公益社団法人 福岡県医師会

☎092-431-4564

〒812-8551 福岡県福岡市博多区博多駅南2-9-30

とびうめネット事務局

公益財団法人 福岡県メディカルセンター

☎092-471-8599

〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2-9-30

【複写式利用同意書（パターンA） 1枚目裏】

福岡県医師会診療情報ネットワークの個人情報保護指針

福岡県医師会診療情報ネットワーク（以下、「本ネットワーク」という。）は、住民の皆様が安心安全な医療を実施することを情報面からサポートすることを目的に、住民の皆様からご提供いただいた個人情報を活用しております。

本ネットワークの事業主体は公益社団法人福岡県医師会（以下、「福岡県医師会」という。）であり、公益財団法人福岡県メディカルセンター（以下、「メディカルセンター」という。）が事務局業務を実施いたします。

両法人は本ネットワークの運営に際し、個人情報を提供いただいた方々の信頼に応えられるよう、適切に管理・保護することを重要な責務と認識し、この責務を果たすため、個人情報の保護に関する法律（以下、「個人情報保護法」という。）及び医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等の個人情報保護関連の各種法令や倫理指針を遵守するとともに、本指針に従い、個人情報の適切な管理・保護に努めてまいります。

なお、本ネットワークでは医療法その他の法令に関連する情報を扱うことが想定されています。それらの情報の取り扱いについては、その該当する法令の規定に従います。

1. 個人情報の利用

メディカルセンターは、本ネットワークに提供された住民の皆様個人情報を、ご提供頂く際に住民の皆様にお知らせした利用目的または福岡県医師会ホームページにて公表した利用目的の範囲内でのみ利用し、これ以外の目的には利用いたしません。

また、福岡県医師会は個人情報を取り扱わないものといたします。本ネットワークにおける個人情報の利用目的は、以下の情報をご覧ください。

(1) 個人情報及び保有個人データの利用目的

本ネットワークは、個人情報を以下の利用目的にのみ利用いたします。

「個人情報」の類型	利用目的
福岡県医師会診療情報ネットワークに参加する住民の個人情報	・救急医療の提供 ・自らがお受けになる医療サービス ・本ネットワークの業務の維持・改善のための基礎資料 ・本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼 ・地域医療供給体制の質向上に寄与する調査等への協力依頼
お問い合わせ・相談等の申出者等に関する個人情報	・お問い合わせ・相談等への適切な対応 ・上記相談対応の満足度アンケート等への協力依頼 ・本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼
個人情報に関する開示請求・苦情等の申出者等に関する個人情報	・請求・苦情等への対応のための調査 ・本人・代理人の確認 ・回答の送付及び必要な連絡

(2) 共同利用

以下の個人データについては、以下に従い、共同利用いたします。

共同利用する個人データの項目	共同利用する目的	共同利用する者の範囲	管理責任者
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、診療に関する情報等	よりよい診療の提供	患者様が指定した医療機関等（※）	公財）福岡県メディカルセンター
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、患者の状態に関する情報等	救急時の搬送を円滑に行うため	救急業務を行う自治体部局	公財）福岡県メディカルセンター

（※）患者様が指定した医療機関とは、同意書内に記載された医療機関を指します。

2. 個人情報の適切な管理・保護

メディカルセンターは、皆様の個人情報を適切に管理・保護するため、以下のような対策を実施しております。

- ・法人全体の個人情報保護に関する推進組織の設置ならびに個人情報を保有する各部門に個人情報管理責任者を任命
- ・個人情報保護法および各府庁の個人情報取扱いに関するガイドラインに準拠した社内規程類の整備

- ・個人情報保護の重要性および上記の規程類の周知・徹底を図るための従業員等への教育・啓蒙の実施
- ・個人情報管理台帳の整備および個人情報への適切なアクセス制限の実施
- ・外部からの個人情報への不正アクセスまたは個人情報の漏洩、毀損もしくは改ざん等を防止するための適切かつ合理的なレベルの安全策の実施

3. 第三者への提供・開示

メディカルセンターは、次の場合を除き、皆様の個人情報を第三者に提供または開示しません。

- ・予め皆様から個人情報の開示について同意をいただいている場合
- ・提供・開示に際して法的に有効な本人の同意が確認できる書類が呈示された場合
- ・法令に基づく場合
- ・利用目的の実施に必要な範囲で業務委託先に提供または開示する場合
- ・共同利用する場合

4. 個人情報から個人を特定する情報を除去した情報の取り扱い

メディカルセンターは次の場合を除き、皆様に由来する情報について個人を特定する情報を除去した上でも第三者に提供または開示はいたしません。

- (1) 福岡県の医療供給体制の質向上に寄与する事業・研究
- (2) 本ネットワークの事業効果を明らかにするための情報提供・研究
- (3) その他本ネットワークを維持・発展させていくために必要な資料作成

5. 業務報告等の情報の公開等に関する取り扱い

メディカルセンターは、業務報告等の公表や第三者への提供を実施するに際し、皆様に由来する情報を使用する場合については、集計処理等を行うことによって、個人単位の情報でない状態に加工いたします。

6. 委託先の管理

メディカルセンターは、利用目的の実施に必要な範囲で、個人情報の取扱いを外部に委託することがありますが、委託する場合にはそれぞれの法人が個人情報を適切に取り扱うと認める委託先を選定します。また、委託先に対し、利用目的の実施に必要な範囲のみに限定して個人情報を提供または開示し、契約等により個人情報の適切な取扱いを求め、その状況について定期的に確認します。

7. 個人情報に関する開示・訂正等の請求への対応

メディカルセンターは、皆様から、ご自身の個人情報に関する利用目的の通知、開示、訂正等（訂正、追加、削除）、利用停止等（利用停止、消去）または第三者提供の一部もしくは全部の停止に関するご請求があった場合には、ご本人であることを確認させていただいたうえで、応じられない合理的理由の無い限り、これに対応いたします。ご請求は、メディカルセンターへご連絡ください。

8. 個人情報に関するお問い合わせ・苦情等への対応

皆様の個人情報の取扱いに関するお問い合わせ・苦情等は、メディカルセンターへご連絡ください。適切かつ迅速に対処できるよう努めてまいります。

9. 個人情報の取扱いの見直しおよび改善

メディカルセンター及び福岡県医師会では、上記の個人情報の取扱いに関して適宜見直し、一層の個人情報保護のために継続的改善に取り組んでまいります。これに伴い、本指針が予告無しに変更されることがありますことを予めご了承ください。

以 上

【複写式利用同意書（パターンA） 2枚目 患者様控兼仮登録証】

①患者様控

福岡県医師会診療情報ネットワーク利用同意書(患者様控)兼 仮登録証

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関				(担当医)			
自施設患者ID				※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。			
フリガナ				性 別	生 年 月 日		
利用者氏名				☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	
保 険 証	記 号			番 号			
住 所	☐ 自 宅 ☐ 入所施設 ()						
	郵便番号	—		県		市・郡	
	(上記以降の住所)						
		区	町	丁目	番	号	
本人連絡先	☎	—	—				
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		
	② ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。									
	☐ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて（参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。）									

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」（以下「ネットワーク」という。）について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報利用指針についても確認をしました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、登録した医療機関及び救急搬送機関がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏 名:

印

(自署のみでも可)

【複写式利用同意書（パターンA） 3枚目 かかりつけ医控】

②医療機関控

福岡県医師会診療情報ネットワーク利用同意書(患者様控)兼 仮登録証

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関				(担当医)			
自施設患者ID				※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。			
フリガナ				性 別	生 年 月 日		
利用者氏名				☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	
保 険 証	記 号			番 号			
住 所	☐ 自 宅 ☐ 入所施設 ()						
	郵便番号	—		県		市・郡	
	(上記以降の住所)						
		区	町	丁目	番	号	
本人連絡先	☎	—	—				
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		
	② ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。									
	☐ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて（参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。）									

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」（以下「ネットワーク」という。）について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報利用指針についても確認をしました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、登録した医療機関及び救急搬送機関がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏 名:

印

(自署のみでも可)

【複写式利用同意書（パターンA） 4枚目 とびうめネット事務局へ提出】

③とびうめネット事務局へ提出

福岡県医師会診療情報ネットワーク利用同意書

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関				(担当医)			
自施設患者ID				※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。			
フリガナ				性 別	生 年 月 日		
利用者氏名				☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	
保 険 証	記 号			番 号			
住 所	☐ 自 宅 ☐ 入所施設 ()						
	郵便番号	—		県		市・郡	
	(上記以降の住所)						
		区 町	丁 目	番 号			
本人連絡先	☎	—	—				
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		
	② ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。									
	☐ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて（参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。）									

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」（以下「ネットワーク」という。）について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報利用指針についても確認をしました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、登録した医療機関及び救急搬送機関がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏 名:

印

(自署のみでも可)

登録番号 ※事務局使用欄

【複写式利用同意書（パターンA） 5 枚目 基本情報登録用紙（代行入力時のみ）】

④とびうめネット事務局へ提出

福岡県医師会診療情報ネットワーク基本情報登録用紙

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関			(担当医)		
自施設患者ID			※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。		
フリガナ			性 別	生 年 月 日	
利用者氏名			□男 □女	□明治 □大正 □昭和 □平成	年 月 日
保 険 証	記 号		番 号		
住 所	□ 自 宅 □ 入所施設 ()				
	郵便番号	—	県	市・郡	
	(上記以降の住所)				
	区	町	丁目	番	号
本人連絡先	☎	—	—		
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	□ 家族 □ 知人
	② ☎	—	—	続柄	□ 家族 □ 知人

※以降の項目については、なるべくシステムへの入力をお願いいたします。

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。				
	□ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて（参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。）				
主な病名 (15文字以内) ※他の病名は 「病歴・経過等」 の中に記載する。	病名①				
	病名②				
	病名③				
	病名④				
	病名⑤				
病歴・経過等 (100文字以内)					
処 方				禁忌薬	
アレルギー	□ ヨード	□ 食 物	□ 喘 息	□ 金 属	□ その他 □ 不明
現在の医療・処置	□ ペースメーカー	□ 体内金属	□ ストーマ	□ 透析療法	□ その他 □ 不明
身体障害者	□ 1級	□ 2級	□ 3級	□ 4級	□ 5級 □ 6級 □ 7級 □ なし □ 不明
介護 保険	要支援	□ 1	□ 2		
	要介護	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4 □ 5
				□ 申請中	□ な し □ 不 明

登録番号 ※事務局使用欄

【複写式利用同意書（パターンB） 1枚目表】

利用同意書

とびうめネット

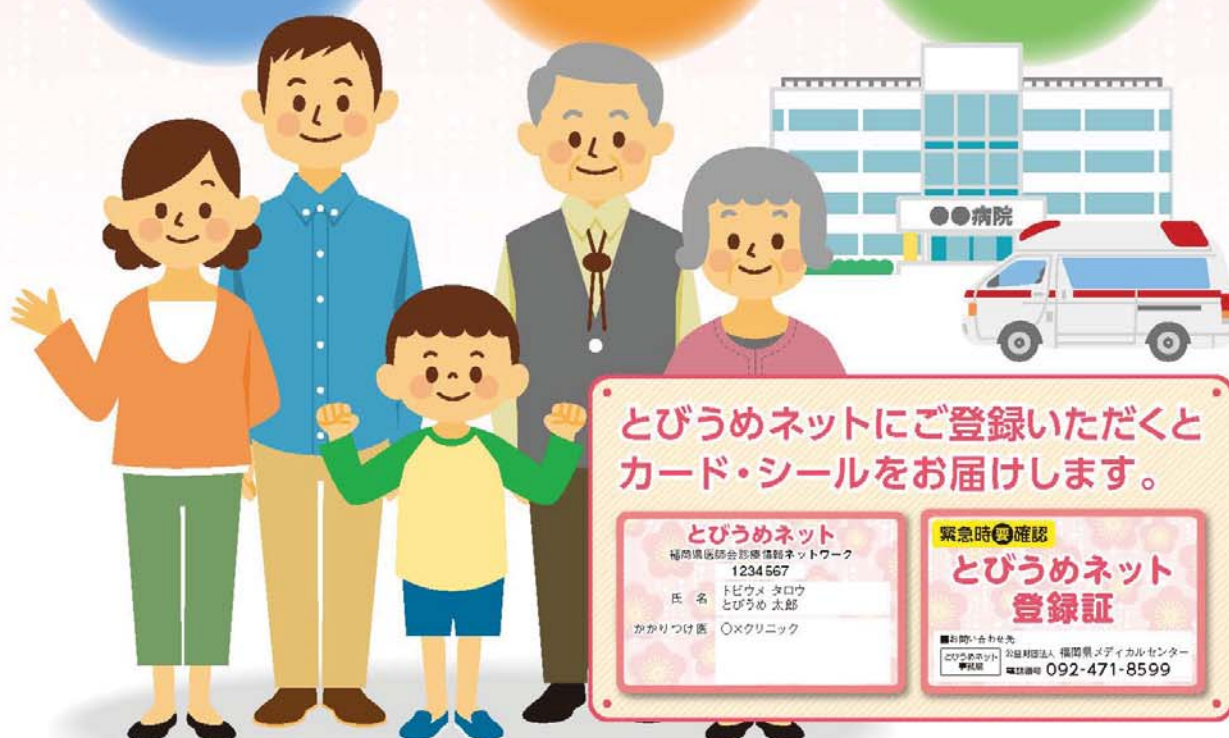
ふくおかで、安心な毎日を過ごすために

福岡県医師会診療情報ネットワーク

チームで
地域医療を
支援します

いつでも
安心して
救急医療が
受けられます

在宅医療を
サポート
します



とびうめネットにご登録いただくと
カード・シールをお届けします。

とびうめネット

福岡県医師会診療情報ネットワーク

1234 567

氏名 トビウメ タロウ

かかりつけ医 ○×クリニック

緊急時確認

とびうめネット
登録証

■お問い合わせ先
公益財団法人 福岡県メディカルセンター
電話 092-471-8599

■詳しくは、とびうめネット事務局または福岡県医師会にお問い合わせください。

とびうめネット事業主体

公益社団法人 福岡県医師会

☎ 092-431-4564

〒812-8551 福岡県福岡市博多区博多駅南2-9-30

とびうめネット事務局

公益財団法人 福岡県メディカルセンター

☎ 092-471-8599

〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2-9-30

【複写式利用同意書（パターンB） 1 枚目裏】

福岡県医師会診療情報ネットワークの個人情報保護指針

福岡県医師会診療情報ネットワーク（以下、「本ネットワーク」という。）は、住民の皆様に安心安全な医療を実施することを情報面からサポートすることを目的に、住民の皆様からご提供いただいた個人情報を活用しております。

本ネットワークの事業主体は公益社団法人福岡県医師会（以下、「福岡県医師会」という。）であり、公益財団法人福岡県メディカルセンター（以下、「メディカルセンター」という。）が事務局業務を実施いたします。

両法人は本ネットワークの運営に際し、個人情報を提供いただいた方々の信頼に応えられるよう、適切に管理・保護することを重要な責務と認識し、この責務を果たすため、個人情報の保護に関する法律（以下、「個人情報保護法」という。）及び医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等の個人情報保護関連の各種法令や倫理指針を遵守するとともに、本指針に従い、個人情報の適切な管理・保護に努めてまいります。

なお、本ネットワークでは医療法その他の法令に関連する情報を扱うことが想定されています。それらの情報の取り扱いについては、その該当する法令の規定に従います。

1. 個人情報の利用

メディカルセンターは、本ネットワークに提供された住民の皆様個人の個人情報を、ご提供頂く際に住民の皆様にお知らせした利用目的または福岡県医師会ホームページにて公表した利用目的の範囲内でのみ利用し、これ以外の目的には利用いたしません。

また、福岡県医師会は個人情報を取り扱わないものといたします。本ネットワークにおける個人情報の利用目的は、以下の情報をご覧ください。

(1) 個人情報及び保有個人データの利用目的

本ネットワークは、個人情報を以下の利用目的にのみ利用いたします。

「個人情報」の類型	利用目的
福岡県医師会診療情報ネットワークに参加する住民の個人情報	・救急医療の提供 ・自らがお受けになる医療サービス ・本ネットワークの業務の維持・改善のための基礎資料 ・本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼 ・地域医療供給体制の質向上に寄与する調査等への協力依頼
お問い合わせ・相談等の申出者等に関する個人情報	・お問い合わせ・相談等への適切な対応 ・上記相談対応の満足度アンケート等への協力依頼 ・本ネットワークのサービスの紹介及びアンケート等への協力依頼
個人情報に関する開示請求・苦情等の申出者等に関する個人情報	・請求・苦情等への対応のための調査 ・本人・代理人の確認 ・回答の送付及び必要な連絡

(2) 共同利用

以下の個人データについては、以下に従い、共同利用いたします。

共同利用する個人データの項目	共同利用する目的	共同利用する者の範囲	管理責任者
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、診療に関する情報等	よりよい診療の提供	患者様が指定した医療機関等（※）	公財）福岡県メディカルセンター
患者等の住所、氏名、年齢、性別、電話番号、電子メールアドレス、患者の状況に関する情報等	救急時の搬送を円滑に行うため	救急業務を行う自治体部局	公財）福岡県メディカルセンター

（※）患者様が指定した医療機関とは、同意書内に記載された医療機関を指します。

2. 個人情報の適切な管理・保護

メディカルセンターは、皆様の個人情報を適切に管理・保護するため、以下のような対策を実施しております。

- ・法人全体の個人情報保護に関する推進組織の設置ならびに個人情報を保有する各部門に個人情報管理責任者を任命
- ・個人情報保護法および各府庁の個人情報取扱いに関するガイドラインに準拠した社内規程類の整備

- ・個人情報保護の重要性および上記の規程類の周知・徹底を図るための従業員等への教育・啓蒙の実施
- ・個人情報管理台帳の整備および個人情報への適切なアクセス制限の実施
- ・外部からの個人情報への不正アクセスまたは個人情報の漏洩、毀損もしくは改ざん等を防止するための適切かつ合理的なレベルの安全策の実施

3. 第三者への提供・開示

メディカルセンターは、次の場合を除き、皆様の個人情報を第三者に提供または開示しません。

- ・予め皆様から個人情報の開示について同意をいただいている場合
- ・提供・開示に際して法的に有効な本人の同意が確認できる書類が呈示された場合
- ・法令に基づく場合
- ・利用目的の実施に必要な範囲で業務委託先に提供または開示する場合
- ・共同利用する場合

4. 個人情報から個人を特定する情報を除去した情報の取り扱い

メディカルセンターは次の場合を除き、皆様に由来する情報について個人を特定する情報を除去した上でも第三者に提供または開示はいたしません。

- (1) 福岡県の医療供給体制の質向上に寄与する事業・研究
- (2) 本ネットワークの事業効果を明らかにするための情報提供・研究
- (3) その他本ネットワークを維持・発展させていくために必要な資料作成

5. 業務報告等の情報の公開等に関する取り扱い

メディカルセンターは、業務報告等の公表や第三者への提供を実施するに際し、皆様に由来する情報を使用する場合については、集計処理等を行うことによって、個人単位の情報でない状態に加工いたします。

6. 委託先の管理

メディカルセンターは、利用目的の実施に必要な範囲で、個人情報の取扱いを外部に委託することがありますが、委託する場合にはそれぞれの法人が個人情報を適切に取り扱うと認める委託先を選定します。また、委託先に対し、利用目的の実施に必要な範囲のみに限定して個人情報を提供または開示し、契約等により個人情報の適切な取扱いを求め、その状況について定期的に確認します。

7. 個人情報に関する開示・訂正等の請求への対応

メディカルセンターは、皆様から、ご自身の個人情報に関する利用目的の通知、開示、訂正等（訂正、追加、削除）、利用停止等（利用停止、消去）または第三者提供の一部もしくは全部の停止に関するご請求があった場合には、ご本人であることを確認させていただいたうえで、応じられない合理的理由の無い限り、これに対応いたします。ご請求は、メディカルセンターへご連絡ください。

8. 個人情報に関するお問い合わせ・苦情等への対応

皆様の個人情報の取扱いに関するお問い合わせ・苦情等は、メディカルセンターへご連絡ください。適切かつ迅速に対処できるよう努めてまいります。

9. 個人情報の取扱いの見直しおよび改善

メディカルセンター及び福岡県医師会では、上記の個人情報の取扱いに関して適宜見直し、一層の個人情報保護のために継続的改善に取り組んでまいります。これに伴い、本指針が予告無しに変更されることがありますことを予めご了承ください。

以 上

【複写式利用同意書（パターンB） 2枚目 患者様控兼仮登録証】

①患者様控

福岡県医師会診療情報ネットワーク利用同意書(患者様控)兼 仮登録証

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関				(担当医)			
自施設患者ID				※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。			
フリガナ				性 別	生 年 月 日		
利用者氏名				☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	
保 険 証	記 号			番 号			
住 所	☐ 自 宅 ☐ 入所施設 ()						
	郵便番号	—		県		市・郡	
	(上記以降の住所)						
		区	町	丁目	番	号	
本人連絡先	☎	—	—				
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		
	② ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。									
	☐ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて（参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。）									

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」（以下「ネットワーク」という。）について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報利用指針についても確認をしました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、登録した医療機関及び救急搬送機関がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏 名： 印

(自署のみでも可)

【複写式利用同意書（パターンB） 3枚目 かかりつけ医控】

②医療機関控

福岡県医師会診療情報ネットワーク利用同意書(患者様控)兼 仮登録証

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関				(担当医)			
自施設患者ID				※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。			
フリガナ				性 別	生 年 月 日		
利用者氏名				☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	
保 険 証	記 号			番 号			
住 所	☐ 自 宅 ☐ 入所施設 ()						
	郵便番号	—		県		市・郡	
	(上記以降の住所)						
		区	町	丁目	番	号	
本人連絡先	☎	—	—				
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		
	② ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。									
	☐ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて (参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。)									

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」(以下「ネットワーク」という。)について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報利用指針についても確認をしました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、登録した医療機関及び救急搬送機関がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏 名:

印

(自署のみでも可)

【複写式利用同意書（パターンB） 4枚目 とびうめネット事務局へ提出】

③とびうめネット事務局へ提出

福岡県医師会診療情報ネットワーク利用同意書

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関				(担当医)			
自施設患者ID				※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。			
フリガナ				性 別	生 年 月 日		
利用者氏名				☐ 男 ☐ 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	
保 険 証	記 号			番 号			
住 所	☐ 自 宅 ☐ 入所施設 ()						
	郵便番号	—		県		市・郡	
	(上記以降の住所)						
		区 町	丁 目	番 号			
本人連絡先	☎	—	—				
緊急連絡先	① ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		
	② ☎	—	—	続柄	☐ 家族 ☐ 知人		

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。									
	☐ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて（参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。）									

福岡県医師会診療情報ネットワーク登録同意書兼仮登録証

公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

私は、「福岡県医師会診療情報ネットワーク」（以下「ネットワーク」という。）について、その説明を受けました。また、福岡県医師会の個人情報利用指針についても確認をしました。

その上でネットワークに参加し、私の診療情報をネットワークに蓄積し、利用することに同意します。また、登録した医療機関及び救急搬送機関がネットワーク内の情報を共同で利用することに同意いたします。

平成 年 月 日

(ふりがな)

氏 名:

印

(自署のみでも可)

登録番号 ※事務局使用欄

【複写式利用同意書（パターンB） 5枚目 基本情報登録用紙（代行入力時のみ）】

④-1とびうめネット事務局へ提出

福岡県医師会診療情報ネットワーク基本情報登録用紙

登録・更新日 年 月 日

記入医療機関		(担当医)	
自施設患者ID		※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴・経過等」に記入してください。	
フリガナ		性 別	生 年 月 日
利用者氏名		□男 □女	□明治 □大正 □昭和 □平成 年 月 日
保 険 証	記 号	番 号	
住 所	□ 自 宅 □ 入所施設 ()		
	郵便番号	—	県 市・郡
	(上記以降の住所) 区 町 丁目 番 号		
本人連絡先	☎ — —		
緊急連絡先	① ☎ — —	続柄	□ 家族 □ 知人
	② ☎ — —	続柄	□ 家族 □ 知人

※以降の項目については、なるべくシステムへの入力をお願いいたします。

緊急時 紹介先医療機関	別紙の「緊急時紹介先医療機関リスト」を参照の上、番号をご記入ください。 なお、「緊急時紹介先医療機関リスト」の最新版はホームページ上に掲載しております。 □ 地域の緊急時紹介先医療機関すべて（参加医療機関が変更した場合も承諾したものとします。）										
訪問看護センター						担当看護師					
在宅支援事業所						ケアマネ					
主な病名 (15文字以内) ※他の病名は 「病歴・経過等」 の中に記載する。	病名①										
	病名②										
	病名③										
	病名④										
	病名⑤										
病歴・経過等 (100文字以内)											

登録番号 ※事務局使用欄

福岡県医師会診療情報ネットワーク基本情報登録用紙

登録番号 ※事務局使用欄

(2) 患者基本情報登録完了関連

(メディカルセンター ⇒ 患者)

- ①様式 E - 1 登録完了通知
- ②様式 E - 2 利用ガイド (利用規程)
- ③様式 E - 3 患者登録カード(本カード)
- ④様式 E - 4 登録患者シール
- ⑤様式 E - 5 患者情報脱退申請書

「福岡県医師会診療情報ネットワーク」利用者殿

公益社団法人福岡県医師会
福岡県診療情報ネットワーク協議会
会 長 松 田 峻一良

このたびは「福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）」への利用登録申請ありがとうございました。登録が完了いたしましたのでお知らせいたします。

本ネットワークでは、皆様が申込書に記入された医療機関が、皆様の診療情報をネットワークに登録し、蓄積することによって救急搬送時等に情報提供することを目的としております。皆様が記入された医療機関がネットワークとともに診療情報を共同で閲覧・利用が行えるシステムです。

本ネットワークを管理する福岡県医師会が、皆様にお約束をするのは以下の通りです。

皆様からいただいた氏名、住所等の個人情報や、医療機関から登録された診療情報に関しましては、法令に基づき適切に取り扱います。また、個人情報保護指針、ネットワーク利用規定につきましては、福岡県医師会ホームページ (<https://www.fukuoka.med.or.jp/>) にて公表しておりますので、今一度ご確認いただければと思います。

なお、疑問点等がございましたら、下記のネットワーク事務局までお問い合わせをお願いいたします。

また、情報の共同利用を行う医療機関を変更したい、参加を取り消したい、患者登録カードを紛失したといった際にも、ネットワーク事務局までご連絡いただければ幸いです。

このことによって、診療を受ける際皆様に不利益がかかることが無いことはお約束いたします。

今後ともよろしく願いいたします。

今回、お送りする書類は以下のとおりです

- 緊急時のカード・シールの利用について
- 福岡県医師会診療情報ネットワーク利用規程
- 患者登録カード（できるだけ健康保険証と一緒にしておいてください）
- 登録患者シール（玄関の内側のドアや壁に張ってください）

お問い合わせ先

【とびうめネット事務局】

福岡県メディカルセンター

TEL 0 9 2 — 4 7 1 — 8 5 9 9

受付時間：午前 9 時～午後 5 時（平日のみ）

利用ガイド（利用規程） A 3

福岡県医師会診療情報ネットワーク利用規程(案)

(目的)
第1条 この規程は、公益社団法人福岡県医師会(以下「福岡県医師会」という。)が診療運営する福岡県医師会診療情報ネットワーク(以下「ネットワーク」という。)の利用について必要な事項を定め、医療機関の原則に基づき患者の診療情報を適正に利用することを目的とする。福岡県医師会は、ネットワークの円滑な運用のため、運用業務を委託した公益財団法人福岡県メディカルセンターに福岡県医師会診療情報ネットワーク事務局(以下「ネットワーク事務局」という。)を設置するものとする。

(ネットワークの利用範囲)
第2条 ネットワークに参加登録した利用者は、福岡県医師会に登録した福岡県医師会診療情報システムの認証を経て接続後、ポータルサイトを經由し、次条に定める機能について利用することができる。

(ネットワークにより提供される機能)
第3条 ネットワークで利用できる機能は次のとおりとする。
(1)かかりつけ医療機関において自身の患者基本情報の登録および更新
(2)自身の同意に基づくネットワーク参加医療機関の患者基本情報および診療情報の開示
(3)ネットワーク参加医療機関のうち救急搬送先希望医療機関として自身が登録した医療機関による、自身の同意に基づく自身の搬送時情報の登録

(利用者)
第4条 福岡県医師会会員および福岡県に所在地を置く医療施設管理者の医療施設をかりつけ医とし、ネットワークの患者連動基準を満たし、ネットワークへの参加登録を行い、福岡県医師会から参加の承認が得られた患者とする。

(利用者の責務)
第5条 ネットワークの利用者は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。
(1)利用者がネットワークを利用する場合には、著作権法(昭和45年法律48号)及び個人情報の保護に関する法律(平成15年法律57号)を遵守しなければならない。
(2)利用者は、本規程に定める目的以外にその情報を利用してはならない。

(ネットワーク利用に当たっての禁止事項)
第6条 利用者は、ネットワークの利用にあたり、次に掲げる行為をしてはならない。
(1)ネットワークを通じて取得される患者基本情報及び診療情報、及びその他の情報を不正に利用する行為。
(2)ネットワークを通じて取得される患者基本情報及び診療情報、及びその他の情報を改竄する行為。
(3)ネットワークを通じて取得される患者基本情報及び診療情報、及びその他の情報を開示する行為。
(4)他の利用者になりすましてネットワークを利用する行為。
(5)有害なコンピュータプログラム等を送信又は普及する行為。
(6)本人の同意を得ることなく又は許諾のない手段により患者基本情報及び診療情報、及び第三者又は福岡県医師会の個人情報等を収集する行為。
(7)ネットワークの利用又は提供を妨げる行為。
(8)第三者又は福岡県医師会の著作権その他の知的財産権を侵害する行為。
(9)法令又は公序良俗に反する行為。
(10)ネットワークを利用した営利活動その他の営利を目的とする行為。
(11)第三者にネットワークを利用させる行為。
(12)その他、福岡県医師会が不適切と判断した行為。

(違反行為に対する措置)
(事務) 第7条 この規程に定める事務手続等については、ネットワーク事務局においてその処理を行うものとする。

(本規程の変更)
第8条 本規程の変更については、福岡県医師会全理事会の承認を必要とする。

附 則

1 この規程は、平成26年4月1日より施行する。

カード・シールの利用について

とびうめネット

ふくおかで、安心な毎日過ごすために

福岡県医師会診療情報ネットワーク

チームで
地域医療を
支援します

いつでも
安心して
救急医療が
受けられます

在宅医療を
サポート
します



公益社団法人 福岡県医師会

患者さま・ご家族さまへ

緊急時のカード・シールの利用について

カードについて

- このカードは、突然病状が変化した場合に、安心して治療が受けられるように考案したものです。
- 登録先病院が満床や病状によっては、登録先病院で診療できないこともあります。
- 万一、カードを紛失された場合は、とびうめネット事務局までご連絡をお願いいたします。

とびうめネット

福岡県医師会診療情報ネットワーク

1234567

氏 名 とびうめ 太郎

かかりつけ医 ○×クリニック



シールについて

- このシールは、玄関のドア内側や壁に貼ってください。
- 緊急時、カードが見つからない時に、救急隊員等が確認のため使用することがあります。

緊急時確認

とびうめネット

登録証

■お問い合わせ先

公益財団法人 福岡県メディカルセンター

事務局 092-471-8599



カードの使用方法

1. 本カードは、緊急時に利用できるよう健康保険証と共に携帯してください。
2. 救急車を利用する場合は、救急隊に本カードをお見せください。
3. 病院に行かれる際には、次のものを持参してください。

登録カード

健康保険証

お薬手帳

現在服用中のお薬

4. カードの裏面に記載されている病院が満床および緊急対応中の場合、また病状によっては、他の病院を紹介させて頂く場合もあります。



なお、登録内容の変更・中止の方法、カード紛失等に関しましては、下記のとびうめネット事務局までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

とびうめネット事務局

公益財団法人 福岡県メディカルセンター

☎092-471-8599

登録カード

《表面》

とびうめネット	
福岡県医師会診療情報ネットワーク	
1234567	
氏 名	トビウメ タロウ とびうめ 太郎
かかりつけ医	○×クリニック

《裏面》

緊急時 紹介先 医療機関	患者基本情報に登録した医療機関
	上記の緊急時紹介先医療機関に搬送されない場合もありますのでご了承ください。
発行元：公益財団法人 福岡県メディカルセンター	
電話番号 092-471-8599	

登録患者シール



福岡県医師会診療情報ネットワーク脱退申請書

(患者様用)

公益社団法人 福岡県医師会

会長 松田 峻一良 殿

下記の患者様のネットワークからの脱退を申請いたします。

申請日 平成 年 月 日

かかりつけ医 医療機関名			
登 録 先 医療機関名			
患者様情報	患者 I D _____ (カード登録日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日) (最終更新日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日)		
	氏 名 _____		
	生年月日 明治・大正・昭和・平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
	住 所 _____		
中止申請日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	中止理由	☐ 死 亡 ☐ 引越し ☐ その他 ()
脱退申請 記 入 者	氏 名 _____ 印 _____ (部署 _____) (役職 _____)		
備 考			

3. 災害時データバックアップ事業関連

①様式 F - 1 案内文

②様式 F - 2 事業概要

③様式 F - 3 契約書

④様式 F - 4 委託業務処理規程

⑤様式 F - 5 契約解除申請書

福岡県医師会診療情報ネットワーク
災害時データバックアップ事業について

拝啓 時下、貴職ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。

この度、福岡県医師会では、「福岡県医師会診療情報ネットワーク（愛称：とびうめネット）」事業を開始しましたが、その事業の一環として「災害時データバックアップ」システムを構築しております。

このシステムは、災害等を想定した診療情報保管システムであり、各医療機関の電子カルテシステム等が使用不可能な状況に陥った場合でも、本システムが保全している診療情報を参照することで、災害時における診療継続が可能となるものです。

また、自院だけでなく、他の医療機関や避難所等からも診療情報を参照でき、被災医療機関の環境が復旧し、システムの再構築が可能になった時には、本システムで保全しているデータを返還できるものです。

患者様の診療情報を守るため、また継続した診療行為を行うためにも、是非、ご参加くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご参加いただける医療機関は、同封しております契約書に必要事項をご記入のうえ、ネットワーク事務局（福岡県メディカルセンター）宛にご返送いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

敬具

公益社団法人 福岡県医師会
福岡県医師会診療情報ネットワーク協議会
会 長 松 田 峻 一 良

（同封書類）

- 災害時データバックアップ事業 事業概要
- 災害時データバックアップ事業 契約書

災害時データバックアップ 事業概要

本事業は、大規模災害等を想定した診療情報活用システムであり、どの医療機関の診療情報であっても、参照可能な形式でデータセンターに保全することで、各医療機関保有の電子カルテシステムが使用不可能な状況に陥っても、データセンターに保全した診療情報を電子または紙等で提供することにより、継続した診療を支援するものです。

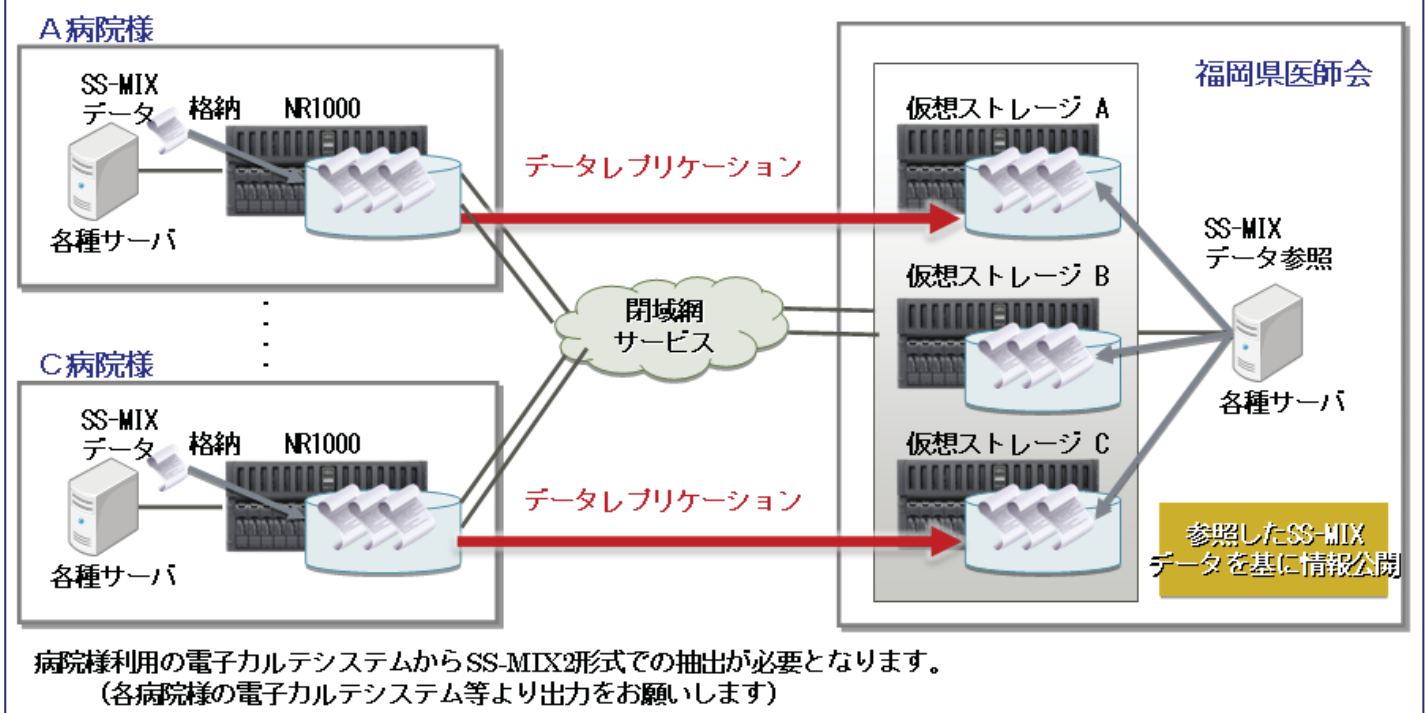
本システムの利点は以下のとおりです。

- 医療機関内の電子カルテシステムより、災害時等に参照したい診療情報（患者基本情報、薬歴、病名、検査結果等）をインターネット経由で参照でき、診療の継続が可能となります。
- 災害時に限定して、自医療機関だけでなく、他の医療機関や避難所等においても診療情報の閲覧が可能となります。
- SS-MIX2標準化ストレージ（※）を使用することで、どの医療機関の診療情報であっても参照可能な形式でデータセンターにお預かりします。

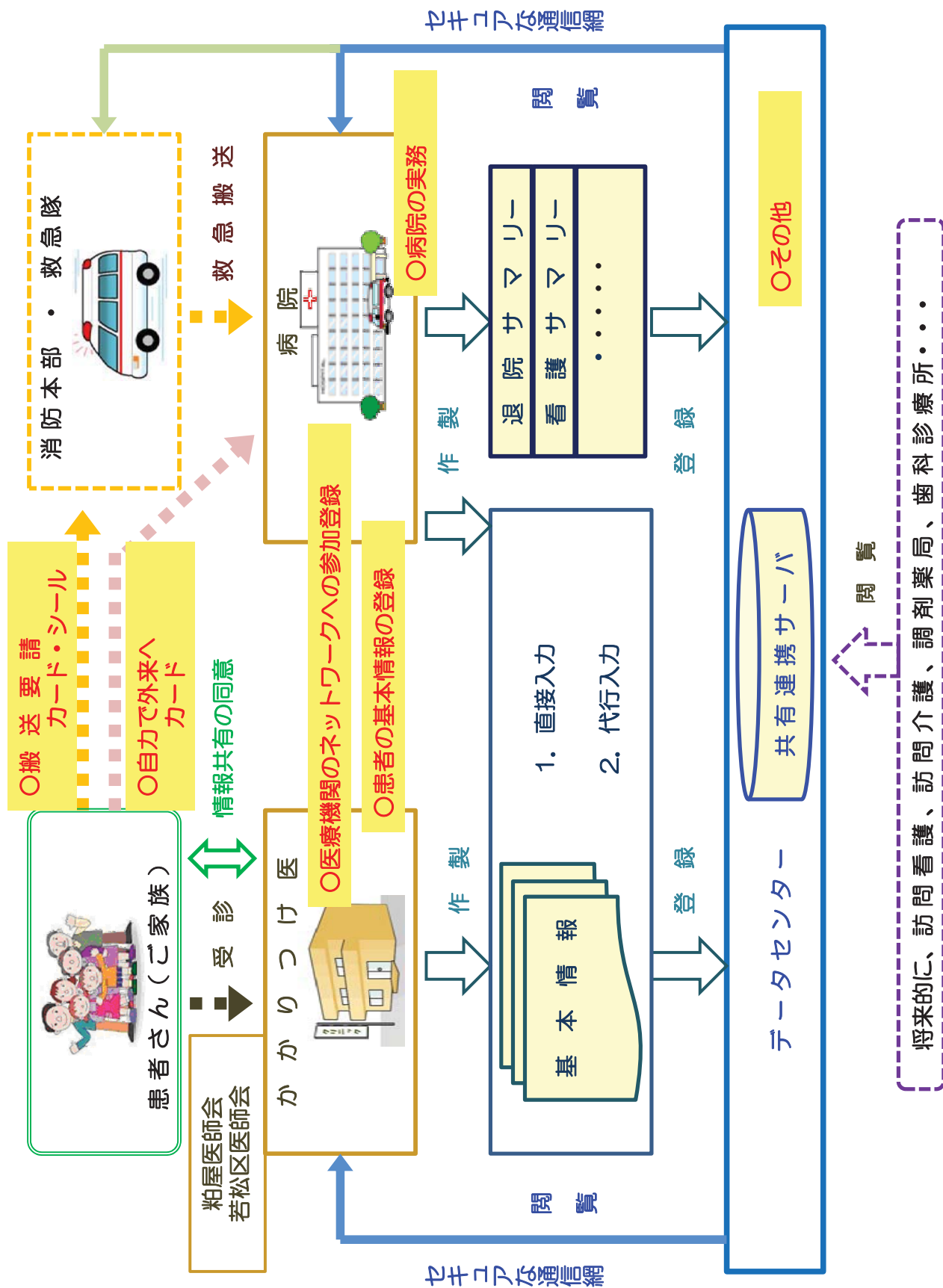
※SS-MIX2標準化ストレージ

厚生労働省電子的診療情報交換推進事業【SS-MIX（Standardized Structured Medical Information eXchange）】の中で定めている標準的な情報交換規約に基づいた患者情報の総称。

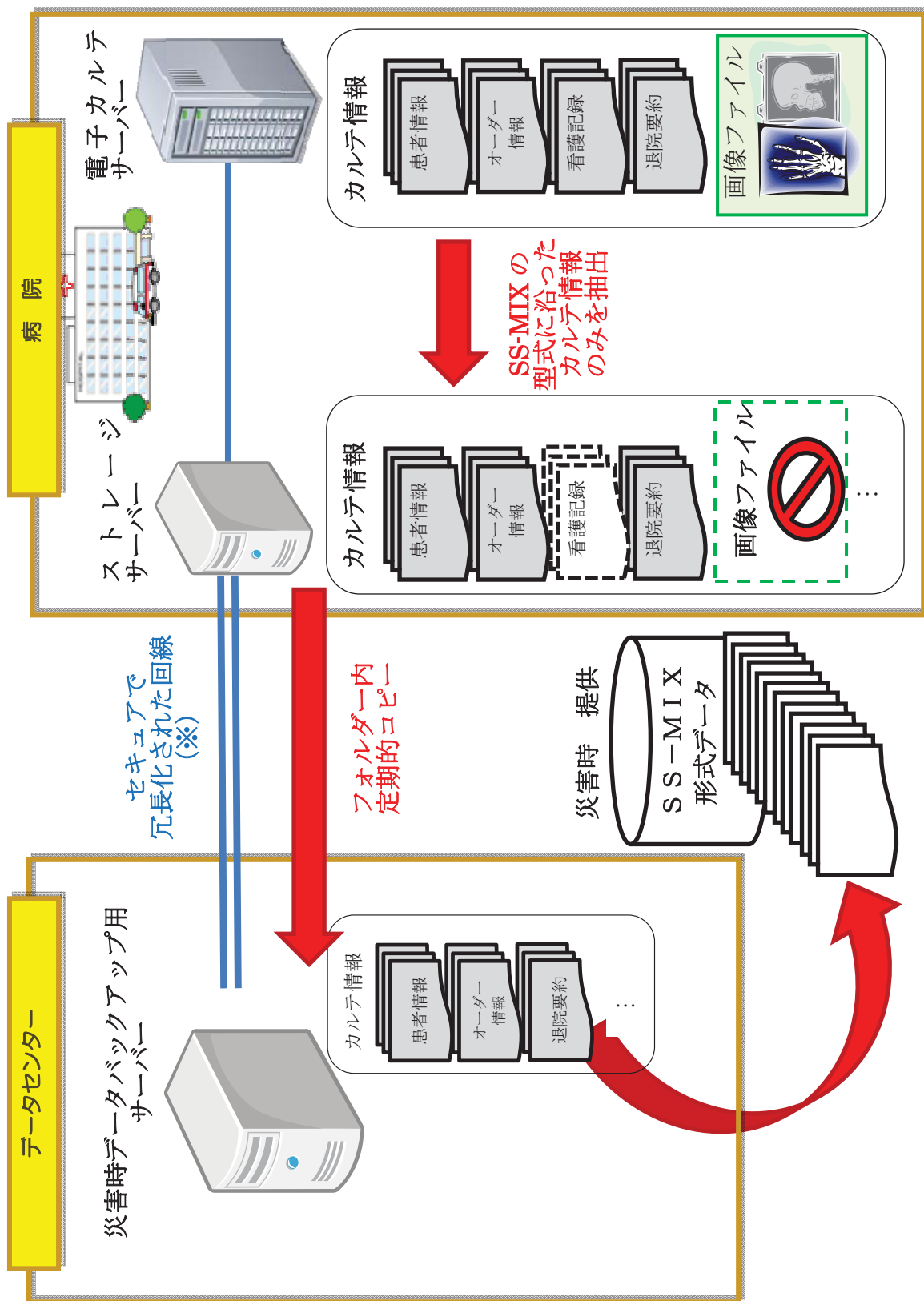
- ・ 各病院側には単体のNR1000(NAS)を配置し、病院の各種サーバからSS-MIX2形式にてデータ格納載きます。
- ・ 医師会側のサーバは、レプリケーションされたデータを参照し、有事の際に情報公開を実施します。
- ・ 1病院様あたり1.5TBのファイル格納領域を用意しております。



福岡県医師会診療情報ネットワーク（愛称：とびうめネット）の全体像

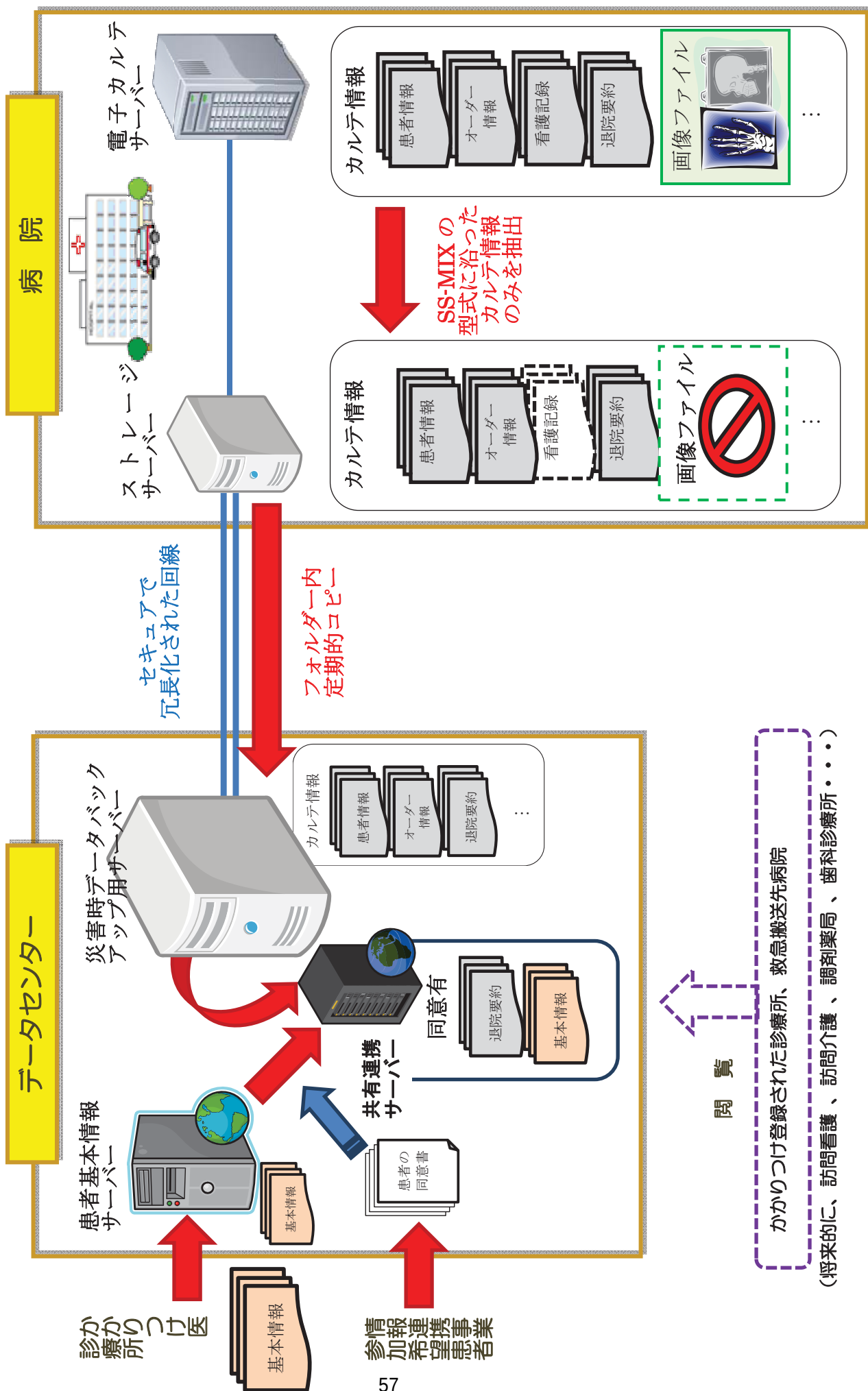


災害時データバックアップ事業参加病院データフローチャート イメージ図



※閉域回線網 (VPN : Virtual Private Network) 技術、暗号化技術を活用することにより、機密性や安全性を確保します。
また、回線経路の二重化 (冗長化) を図ることにより、回線断裂に備えます。

別事業の救急搬送時情報共有ネットワーク事業との連携イメージ図



医療機関のデータバックアップ及び福岡県医師会診療情報 ネットワーク参加にかかる業務等に関する委託契約

契 約 書

(目的)

第1条 本契約は、医療機関（甲）が作成した診療情報／請求情報を外部保管する業務及び福岡県医師会診療情報ネットワーク事務局等からの問い合わせに対する回答業務を、公益社団法人福岡県医師会（乙）へ委託する際に必要な事項を定めるものである。

第2条 甲が乙に以下の業務について委託を行う。

- (1) 診療情報／請求情報の外部保管業務
 - (2) 福岡県医師会診療情報ネットワーク事務局からの問合せに関する回答業務
 - (3) 医療機関が依頼を受けた各種アンケート調査等に対する回答業務
- なお、上記の業務は医療機関側等からの指示に基づき実施する

(委託先としての責務)

第3条 乙は、本委託契約で取り扱う情報に関しては、経済産業省所定の「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン（以下「ガイドライン」という。）」に基づき秘匿性を確保するものとする。

また、乙は、甲の保有する個人情報等を、委託を受けた業務内で甲から開示の指示された作業内容を除き、第三者に開示しないものとする。

(外部保管について)

第4条 第2条1項に示した業務の内容は以下の通りとする。

- (1) 甲から所定の方法で送付されてきた情報について、乙が所有する建物内サーバーに置いて保管するものとする。
- (2) 甲は保管されたデータについて、乙にコピーを作成し、甲に届ける事を依頼できる。
- (3) データの送付は甲の責任で行う。
- (4) 外部保管するデータは標準化された診療情報データ（SS-MIX2形式）及び、診療報酬請求様データ（電子レセプトデータ）の2種類とする。但し、標準化された診療情報データについて、拡張ストレージに含まれる部分についてはその内容は別途協議する。
- (5) 乙は作業を実施する際、複数医療機関を混在して管理しない、複数医療機関の作業を同時に行わない等ガイドラインに則した運用を行う。

(回答業務について)

第5条 第2条2項及び3項に示した業務の内容は以下の通りとする。

- (1) 乙は外部保管されたデータを利用して、甲の指示を受け外部から問い合わせに対して必要な情報処理を行い、回答を行う。
- (2) 甲はあらかじめ乙が回答業務を実施する問い合わせ内容を乙に提示する。

(3) 乙は作業完了後に作業報告書を作成し、作業内容を甲が確認を行う。

(規程)

第6条 第2条の委託作業について、本契約で記載されていない詳細については乙が「委託業務処理規程」を作成し、そこに定めるものとする。

2 乙が定める「委託業務処理規程」について変更が行われる場合、少なくとも一ヶ月前にその内容について甲に通知することとする。

(費用)

第7条 本契約において甲が乙に対し委託業務処理規程第9条に示された利用料金を支払うものとする。

(契約解除)

第8条 乙は甲が次の事項のいずれかに該当したときは、契約を解除できるものとする。

(1) 本契約の責務を履行しなかった場合

(2) 法令等の各条項に違反したとき

2 甲は契約の解除を希望する場合、この契約を解除できるものとする。

3 契約解除の際の手続きについては「委託業務処理規程」に定める。

(契約期間)

第9条 本契約の有効期間は契約締結日から1年間とする。ただし、期間については、甲から特に申し出等がない場合は自動的に1年ごと延長されるものとする。

(本契約に定めのない事項)

第10条 本契約に定めのない事項に関して調整／確認が必要な場合には甲及び乙で協議を行い、解決を図るものとする。

本契約締結の証として本書二通を作成し、甲乙記名捺印の上、各一通を保管する。

平成 年 月 日

(甲) 医療機関名

住 所

代 表 者

印

(乙) 公益社団法人 福岡県医師会

住 所 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

代 表 者 会 長 松 田 峻 一 良 印

医療機関のデータバックアップ及び福岡県医師会診療情報 ネットワーク参加にかかる委託業務処理規程

（目的）

第1条 本規程は、医療機関（甲）が作成した診療情報／請求情報を外部保管する業務及び医療福岡県医師会診療情報ネットワーク事務局等からの問い合わせに対する回答業務に関して、公益社団法人福岡県医師会（乙）での取り扱いに関する必要な事項を定めることにより、委託業務を適正に処理することを目的とする。

- 2 乙は、ネットワークの円滑な運用のため、運用業務を委託した公益財団法人福岡県メディカルセンター（以下、「メディカルセンター」という。）に福岡県医師会診療情報ネットワーク事務局（以下「ネットワーク事務局」という。）を設置するものとする。

（委託業務内容）

第2条 甲が乙に委託する業務は以下のとおりとする。

- （1）診療情報／請求情報の外部保管業務
- （2）福岡県医師会診療情報ネットワーク事務局からの問合せに関する回答業務
- （3）医療機関が依頼を受けた各種アンケート調査等に対する回答業務

- 2 前項の業務は医療機関側等からの指示に基づき実施する。

（外部保管業務について）

第3条 第2条1項に示した業務の内容は以下のとおりとする。

- （1）甲から所定の方法で送付されてきた情報について、乙が入居する建物内サーバー室に置いて保管するものとする。
- （2）甲は保管されたデータについて、乙にコピーを作成し、甲に届ける事を依頼できる。
- （3）データの送付は甲の責任で行う。
- （4）外部保管するデータは標準化された診療情報データ（SS-MIX2形式）及び、診療報酬請求用データ（電子レセプトデータ）の2種類とする。但し、標準化された診療情報データの拡張ストレージに含まれる部分の内容については別途協議する。
- （5）乙は作業を実施する際、複数医療機関を混在して管理しない、複数医療機関の作業を同時に行わない等、経済産業省所定の「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン（以下ガイドライン）」に則した運用を行うものとする。

（回答業務について）

第4条 第2条1項2号及び3号に示した業務の内容は以下のとおりとする。

- （1）乙は外部保管されたデータを利用して、甲の指示を受け、外部からの問い合わせに対して必要な情報処理を行い、回答を行う。
- （2）甲はあらかじめ乙が回答業務を実施する問い合わせ内容を乙に提示する。
- （3）乙は作業完了後に作業報告書を作成し、作業内容を甲が確認を行う。

(利用時間)

第5条 本業務の利用時間は、1年間を通じ常時利用可能とする。

- 2 ただし、定期的な保守点検等により運用を停止する場合は、利用者に対してネットワーク事務局を通じ事前に通知するものとする。
- 3 不定期に必要なとなった保守点検・修理の際は運用を停止することがある。

(機能等の変更等)

第6条 データバックアップシステムの良好な運用を維持するために必要な場合には、システムの機能又は利用時間の変更又は停止を行うものとする。

- 2 前項の規程により変更又は停止するときは、利用者に対し事前にその旨を、ネットワーク事務局を通じて連絡するものとする。ただし、緊急その他ネットワーク事務局が特別の理由があると認めるときは、この限りではない。

(サーバー管理)

第7条 第2条1項1号に示した保管するサーバー管理については、以下のとおりとする。

- (1) 乙はサーバー室を管理及び整備するためサーバー室管理者(以下「管理者」という。)を置き、事務局長をもって充てる。
- (2) 管理者は、サーバー室への不正侵入、危険物の持込み及び情報システムやデータ等の不正持出し等を防止するため、入室できる者を制限する。
また、定期的入室者は管理者の発行する入室許可証をサーバー室内にあっては常時着用するものとする。
- (3) 管理者は、臨時的入室者に対し入退室者管理記録簿に氏名及び入室時刻等を記載させ、保管しなければならない。
- (4) 管理者は、常にサーバー室の施錠を行い、鍵は定められた場所に保管しなければならない。

(秘密の保持)

第8条 本作業に従事する者は、業務上知り得た個人及び医療機関に関する情報を他人に漏らしてはならない。その職務を退いた後も、また同様とする。

- 2 その他の個人情報保護に関しては、乙が定めた「福岡県医師会診療情報ネットワーク個人情報保護指針」に準じるものとする。

(利用料金)

第9条 本業務の委託に際し、甲は乙に対し以下に示す料金を支払うものとする。

救急医療支援システムの参加の有無	電子カルテ SS-MIX2 データ		レセプトデータ
	容量～5GB (無床診療所相当)	月額 2万円	月額 5,000円
参加	容量～10GB (有床診療所相当)	月額 3万円	レセプトデータ集積事業に承諾いただける場合は、 月額 2,500円
	容量～20GB (病院 20～100床相当)	月額 7万円	
	容量～60GB (病院 101～300床相当)	月額 11万円	
	容量～100GB (病院 301～500床相当)	月額 13万円	
	容量～400GB (病院 501床以上相当)	月額 16万円	

救急医療支援システムの参加の有無	電子カルテ SS-MIX2 データ		レセプトデータ
不参加	容量～5GB（無床診療所相当）	月額 3万円	月額 10,000円
	容量～10GB（有床診療所相当）	月額 5万円	
	容量～20GB（病院 20～100 床相当）	月額 11万円	レセプトデータ集積
	容量～60GB（病院 101～300 床相当）	月額 17万円	事業に承諾いただ
	容量～100GB（病院 301～500 床相当）	月額 21万円	ける場合は、
	容量～400GB（病院 501 床以上相当）	月額 25万円	月額 5,000円

※医療機関に設置する院内ストレージ保守料含む

※上記金額には消費税は含まず

（設備）

第 10 条 甲が SS-MIX2 形式データを送信する場合には、甲は以下の設備を整備する。

- （1）乙が指定する閉域網光回線 2 回線を新規に開設する。
- （2）甲は 1 項の初期導入費用および以後の回線使用料を負担するものとする。

（データ返還）

第 11 条 乙が保管している診療情報／請求情報データの返還方法は以下のとおりとする。

- （1）甲が指定する方法にて、電磁的データを電送または電磁記録媒体による送付、紙媒体への印字による送付を行う。
- （2）災害時等の際、安全に電送または送付ができないと判断した場合は、乙の職員が持参する。

（データ返還費用）

第 12 条 乙が保管している診療情報／請求情報データの返還費用は以下のとおりとする。

- （1）SS-MIX2 形式データ保管の返還作業費用は 1 回 50 万円（消費税別）とする。
- （2）診療報酬請求用データ（電子レセプトデータ）保管の返還作業費用は 1 回 1 万円（消費税別）とする。

2 前項に関して、災害に起因するデータ返還時の作業費用は無料とする。

（管理業者）

第 13 条 本事業のネットワーク及びシステムを保守・管理する業者は、乙が指定する業者とする。

（契約解除）

第 14 条 甲が本業務の契約を解除する場合、甲は所定の「データバックアップ契約解除申請書」をネットワーク事務局へ提出する。

2 ネットワーク事務局は契約解除申請が承認されしだい契約を解除し、甲へ結果を報

告する。

- 3 甲から情報の削除依頼があった場合、ネットワーク事務局は個人情報保護法に則り適正に削除処理を行う。

(事務局)

第 15 条 この規程に定める事務手続き等については、ネットワーク事務局においてその処理を行うものとする。

(本規程の変更)

第 16 条 本規程の変更については、福岡県医師会全理事会の承認を必要とする。

附 則

- 1 この規程は、平成 26 年 4 月 1 日より施行する。

改訂 平成 27 年 10 月 8 日

福岡県医師会診療情報ネットワーク参加医療機関

データバックアップ契約解除申請書

公益社団法人 福岡県医師会

会長 松田 峻一良 殿

データバックアップ契約の解除を申請いたします。

記入日 平成 年 月 日

ログイン I D	
医療機関名	
代表者氏名	印 (役職)
住 所	郵便 —
電話番号	— —
申 請 者	フリガナ 氏 名 印 (部署)(役職)
備 考	

4. 福岡県メディカルセンター情報管理関連

①様式 G - 1 個人情報適切な取り扱いの
ためのガイドライン

②様式 G - 2 個人情報保護に関する方針
(プライバシーポリシー)

③様式 G - 3 福岡県医師会診療情報ネット
ワーク登録情報管理取扱規程
各種様式（第 1 号～ 6 号）

上記の文書に従い、適正にデータ管理を行います。

上記文書の閲覧をご希望の際は、福岡県メディカルセン
ターまでお申し付けください。

お問い合わせ先

【とびうめネット事業主体】

公益社団法人 福岡県医師会

住所：〒812-8551

福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

福岡県医師会館 4F

電話番号：092-431-4564

【とびうめネット事務局】

公益財団法人 福岡県メディカルセンター

住所：〒812-0016

福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

福岡県医師会館 2F

電話番号：092-471-8599