キビタン健康ネット

利用者マニュアル

Ｖｅｒ３．２

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

目次

Ⅰ．はじめに 3
１．マニュアルの適用範囲
２．マニュアルの変更
３．その他
４．用語集
５．ポータルサイトについて

Ⅱ．利用施設及び利用者の入会方法 6
１．入会
（１）入会の条件
（２）入会の手続き
２．会費
３．必要な設備
４．運用講習会
５．機器の管理
６．ポスター掲示
７．登録情報の変更
８．退会の手続き

Ⅲ．利用者ＩＤ及びパスワードの運用 11
１．利用者ＩＤ及びパスワードの生成・付与
２．パスワードの変更方法
（１）利用者ＩＤ発行後、7日以内の場合
（２）利用者ＩＤ発行後、7日を越えた場合
３．利用者ＩＤ及びパスワードの管理について
４．登録情報の変更
５．利用者ＩＤ及びパスワードの紛失、抹消について
６．利用者ＩＤ、パスワードの再発行について

Ⅳ．サービスの運用・情報の取扱い 18
１．協議会の事務業務
２．利用範囲、情報の管理
３．サービスの停止
４．情報や資料等の提供等

Ⅴ．キビタン健康パスポートの運用 20
１．キビタン健康パスポートについて
２．キビタン健康パスポートの運用
３．患者さんへのご説明リーフレット
４．キビタン健康ネットからの退会について

Ⅵ．診療情報の参照について 28
１．情報提供施設の診療情報を参照する場合
（１）同意の取得と登録
（２）患者さんにお渡しする書類
（３）登録完了の連絡
（４）同意取得の注意点
（５）キビタン健康ネットの利用と同時に紹介を行う場合
（６）診療情報共有の撤回
２．情報提供施設が参照施設へ診療情報を公開する場合
（１）同意の取得と登録
（２）患者さんにお渡しする書類
（３）登録完了の連絡
（４）同意取得の注意点
（５）キビタン健康ネットの利用と同時に紹介を行う場合
（６）診療情報共有の撤回

Ⅶ．調剤・画像・地域連携パス情報の共有閲覧について 38
１．薬局への提示
２．医療機関への提示
３．情報同意の撤回

Ⅷ．システム障害時の連絡方法と対処 40

Ⅸ．診療情報保護（個人情報保護）について 41

Ⅹ．帳票一覧（入手方法） 44

Ⅺ．手続きの索引 45

協議会事務局 46

Ⅰ．はじめに

キビタン健康ネットは、地域に発生する診療情報などの個人情報を本人の同意のもと、複数の医療福祉関連機関で共有することにより、各機関における検査、診断、治療内容、説明内容を正確に理解し、医療福祉関連サービスに反映させることで、安全で高品質なサービスを提供し、地域医療福祉の質の向上を目指すものです。

このマニュアルは、キビタン健康ネットを安全に運用するために、利用者、サービス提供者、運用保守事業者、協議会事務局が遵守するべき事項と運用に関する取り決めを定めることを目的に作成しました。

１．マニュアルの適用範囲

本マニュアルは、協議会及びネットワーク利用施設とその利用者、当該サービス提供者と運用保守事業者に適用されます。

２．マニュアルの変更

本マニュアルの変更については、別に定める規程などの変更がない限り事務局にて取り扱います。また、規程変更などに伴う変更の場合は、当該規程の変更後にマニュアルの変更を行います。ただし、参加者・同意者・利用者が著しく不利益を被る事項等の変更については、理事会の変更承認を受けるものとします。

３．その他

このマニュアルに記載されている帳票の入手方法は『Ｘ．帳票一覧（入手方法）』に記載されています。

４．用語集

協議会	一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の略称
福島県医療福祉情報ネットワーク	協議会が運営する福島県医療福祉情報ネットワークシステム
キビタン健康ネット	協議会が運営する福島県医療福祉情報ネットワークシステムの別名又は協議会そのものの愛称
キビタン健康パスポート	協議会の趣旨に賛同し、参加申込を行うことで配布される個人用カード
参加確認書	協議会の趣旨に賛同し、自らの意志で自身の情報を協議会が適切な目的において保管・加工・利用することを認めた旨を個人識別するための情報を添えて協議会事務局に提出するキビタン健康パスポートが貼付された書類
参加者	協議会に受理された参加確認書の参加者氏名の欄に記載のある本人のこと
同意書	キビタン健康ネットにおいて、自身の情報を利用者が適切な目的において閲覧・利用すること及び閲覧するために情報がアップロードされることに同意したことを示した書類の総称
同意対象者	同意する資格のある者

パンフレット	規約の内容を同意対象者にわかりやすく説明することを目的に作成された資料
同意者	協議会が受理した同意書において、同意書の欄に記載のある本人のこと
同意の代理人	病状等により本人からの同意取得が困難な場合及び患者が未成年の場合に限り代理人として認められる、3親等以内の親族、配偶者又は成年後見人
同意者情報	同意書に記載された者に関する同意書記載情報、キビタン健康ネットにアップロードされる情報及びアップロードされた情報
利用施設、ネットワーク利用施設	協議会に正会員として入会し、参加者及び同意者情報を閲覧並びに利用できる施設
利用者	ネットワーク利用施設において、当該施設の責任のもとでキビタン健康ネットに利用者としてID及びパスワードを登録された者
情報共有	同意者情報をキビタン健康ネットにアップロードすること及びキビタン健康ネット利用者がアップロードされた情報を参照できる状態
除外施設	同意者が、キビタン健康ネットが保有する自身の情報を参照又はアップロードできないように指定する施設
システム管理者	キビタン健康ネットの運営及び保守に関わる管理業務を担当する者又は管理委託を受けた者
端末など	キビタン健康ネット利用者が、必要な情報を当該ネットワークを介して参照したり、当該システムへアップロードするために使用するPCやモバイル機器・ルーターなどの情報通信機器類
サービス提供者	ネットワークを利用して、ASP事業等のサービスを提供する者
運用保守事業者	協議会の管理するシステム及び機器の保守を請け負う者
協議会事務局	協議会の事務を担当する部門

５．ポータルサイトについて

キビタン健康ネットに接続すると最初に表示される画面（キビタン健康ネットの入り口）です。画面左上の「ログイン」をクリックし、利用者ＩＤ、パスワードを入力することで表示されます。

①協議会からのお知らせ
②パスワードの変更はここから
③情報提供施設の診療情報を見る場合（ID-Link、HumanBridge）
④協議会の提供する「ＡＳＰサービス」はここから起動
⑤各種申請書、マニュアル、説明動画等

Ⅱ．利用施設及び利用者の入会方法

１．入会

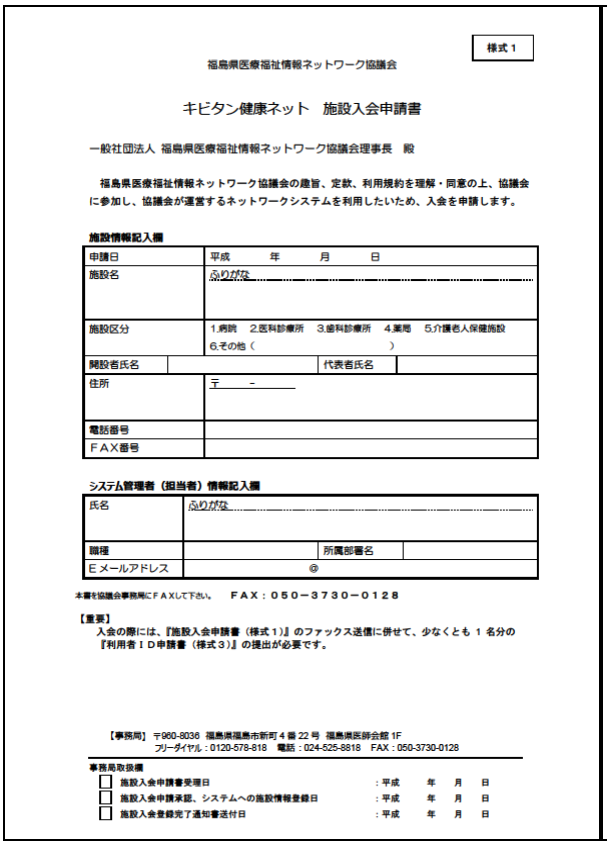
（１）入会の条件

協議会への入会は、福島県内の病院・医科診療所・歯科診療所・薬局・介護老人保健施設・訪問看護ステーション等の医療・介護・福祉施設を対象とします。

（２）入会の手続き

①『施設入会申請書（様式１）』を協議会事務局にファックス送信(050-3730-0128)して下さい。

②協議会事務局で、キビタン健康ネットに施設登録を行い、『施設入会登録完了通知書（様式１１）』をファックスにてお送りします。また、入会に関する事務手続き案内を電子メール又は郵送でお送りします。



様式１

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　施設入会申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の趣旨、定款、利用規約を理解・同意の上、協議会に参加し、協議会が運営するネットワークシステムを利用したいため、入会を申請します。

施設情報記入欄

申請日	平成　　年　　月　　日		
施設名	ふりがな		
施設区分	1.病院　2.医科診療所　3.歯科診療所　4.薬局　5.介護老人保健施設 6.その他（　　）		
開設者氏名		代表者氏名	
住所	〒　　－		
電話番号			
ＦＡＸ番号			

システム管理者（担当者）情報記入欄

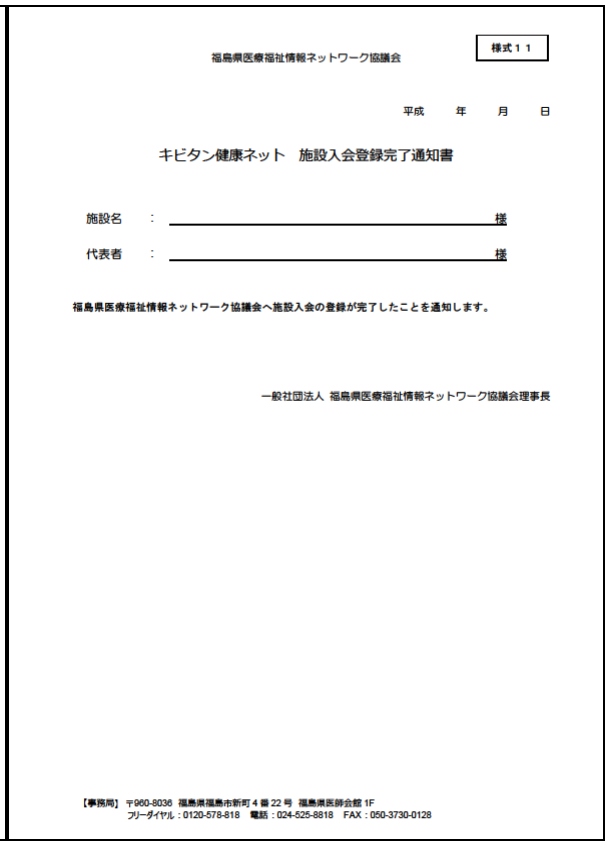
氏名	ふりがな		
職種		所属部署名	
Ｅメールアドレス	@		

本票を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【重要】
入会の際には、『施設入会申請書（様式１）』のファックス送信に併せて、少なくとも１名分の『利用者ＩＤ申請書（様式３）』の提出が必要です。

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄
- ☐ 施設入会申請書受理日　：平成　年　月　日
- ☐ 施設入会申請承認、システムへの施設情報登録日　：平成　年　月　日
- ☐ 施設入会登録完了通知書送付日　：平成　年　月　日



様式１１

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

平成　　年　　月　　日

キビタン健康ネット　施設入会登録完了通知書

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

代表者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会へ施設入会の登録が完了したことを通知します。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

【重要】入会の際には、『施設入会申請書（様式１）』のファックス送信に併せて、少なくとも１名分の『利用者ＩＤ申請書（様式３）』の同時提出が必要です。『利用者ＩＤ申請書（様式３）』に関しては 11 ページをご覧下さい。

様式１　記載例

様式１

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　施設入会申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の趣旨、定款、利用規約を理解・同意の上、協議会に参加し、協議会が運営するネットワークシステムを利用したいため、入会を申請します。

施設情報記入欄

申請日	平成 ○○　年 ○○　月○○　日		
施設名	ふりがな　キビタンケンコウクリニック キビタン健康クリニック		
施設区分	1.病院　2.医科診療所　3.歯科診療所　4.薬局　5.介護老人保健施設 6.その他（　　）		
開設者氏名	健康　太郎	代表者氏名	健康　次郎
住所	〒 963　0000 郡山市駅前1丁目○○番○○号		
電話番号	024－×××－××××		
ＦＡＸ番号	024－△△△－△△△△		

システム管理者（担当者）情報記入欄

氏名	ふりがな　キビタン　サブロウ キビタン　三郎		
職種	事務	所属部署名	事務
Ｅメールアドレス	abcde-mail @ kibitan.jp		

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【重要】
入会の際には、『施設入会申請書（様式１）』のファックス送信に併せて、少なくとも１名分の『利用者ＩＤ申請書（様式３）』の提出が必要です。

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

- ☐ 施設入会申請書受理日　：平成　年　月　日
- ☐ 施設入会申請承認、システムへの施設情報登録日　：平成　年　月　日
- ☐ 施設入会登録完了通知書送付日　：平成　年　月　日

２．会費

キビタン健康ネットをご利用いただくには、会費のお支払いが必要です。詳しくは、『利用者規程』『会費規則』をご覧下さい。（ホームページに掲載してあります。）

３．必要な設備

インターネット環境（光ファイバ等）と利用端末に加え、専用のネットワークの暗号化システム（ODVPN 機器）が必要です。また、ipad 機器及びモバイルルーター等無線環境での接続が可能です。

なお、情報保護のためシステム内のウイルス感染を予防する必要がありますが、キビタン健康ネットでは利用端末に専用ウイルス対策ソフトを導入し、常に最新のウイルス定義が自動更新される仕組みを必須として提供しています。

４．運用講習会

施設入会申請書及び利用者ＩＤ申請書が受理されましたら、協議会事務局より、利用者ＩＤを申請された利用者を対象として、運用講習会等をご案内し、利用方法、情報の安全な管理等の講習を受講して頂きます。

５．機器の管理

（１）ネットワークに参加する利用施設は、協議会から貸与された機器について、管理に関する専任者を施設内から任命し、適切に管理して下さい。
（２）機器に貼付された協議会資産であることを示すタグ・シール類は剥がさないで下さい。
（３）貸与された機器について、不具合や紛失等が起こった場合は、直ちに協議会に報告して下さい。

６．ポスター掲示

利用施設は、協議会から提供を受けた以下の指定ポスターを必ず掲示して下さい。

７． 登録情報の変更

利用施設は、自己の登録情報に変更があった場合、速やかに『施設入会情報変更申請書（様式１－１）』を協議会事務局へファックス(050-3730-0128)して下さい。協議会事務局は、内容変更登録の完了後、『施設入会情報変更登録完了通知書（様式１１－１）』をファックス等にてお送りします。届出がなかったことで、利用施設が何らかの不利益を被った場合、協議会は一切の責任を負わないものとします。

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会　　様式１－１

施設入会情報変更申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の入会情報の変更を申請します。

施　設　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

変更申請者名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　利用者ID：＿F＿＿＿＿＿＿

申　請　日　：平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

変　更　日　：平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

変更項目のみ記載して下さい。

施設情報記入欄

施設名	ふりがな		
施設区分	1.病院　2.医科診療所　3.歯科診療所　4.薬局　5.介護老人保健施設 6.その他（　　）		
開設者氏名		代表者氏名	
住所	〒＿＿－＿＿		
電話			
ＦＡＸ番号			

システム管理者（担当者）情報記入欄

氏名	ふりがな		
職種		所属部署名	
Ｅメールアドレス	@		

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

- ☐ 施設入会情報変更申請書受理日　：平成　年　月　日
- ☐ 施設入会情報変更申請承認、システムへの施設情報登録日　：平成　年　月　日
- ☐ 施設入会情報変更登録完了通知書送付日　：平成　年　月　日

様式１１－１

平成　　年　　月　　日

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット
施設入会情報変更登録完了通知書

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

代表者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の施設入会情報の変更登録が完了したことを通知します。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

８．退会の手続き

利用施設は、協議会への『施設退会申請書（様式２）』のファックスにより、退会することができるものとします。協議会事務局にて退会の手続きを行い、『施設退会登録完了通知書　（様式１２）』をファックス等にてお送りします。なお、退会の際は、貸与された機器及びキビタン健康パスポート（未使用分）等については、利用施設負担により協議会へ返却して頂きます。※紛失の場合は実費精算となる場合がございます。

様式２

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

施設退会申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会から退会いたします。

施設情報記入欄

申請日	平成　　年　　月　　日
退会日	平成　　年　　月　　日
施設名	ふりがな
住所	〒　　－
代表者氏名	
電話番号	
FAX番号	
退会理由	

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【重要】
退会の際には、『施設退会申請書（様式２）』のファックス送信に併せて、全ての登録された利用者について『利用者ＩＤ抹消申請書（様式４）』の提出が必要です。

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄
- ☐ 施設退会申請書受理日　：平成　　年　　月　　日
- ☐ 端末回収日　：平成　　年　　月　　日
- ☐ 施設退会登録完了通知書送付日　：平成　　年　　月　　日

様式１２

平成　　年　　月　　日

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　施設退会登録完了通知書

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

代表者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会からの退会登録が完了したことを通知します。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

Ⅲ．利用者ＩＤ及びパスワードの運用

１．利用者ＩＤ及びパスワードの生成・付与

利用施設は、運用講習等、事務局からの説明を受けた、利用を希望する者の職種・氏名・性別・生年月日・連絡先等を記した『利用者ＩＤ申請書（様式３）』を、ファックス(050-3730-0128)若しくは郵送で協議会へ提出することにより、個別の利用者ＩＤ及びパスワードを生成・付与されるものとします。

協議会事務局にて利用者ＩＤの登録が完了したら、『利用者ＩＤ登録完了通知書（様式１３）』をファックス等にてお送りします。この時点よりキビタン健康ネットの利用ができます。最初に付与されるパスワードには使用期限（7 日）を設けていますので、利用者はポータルサイト上に表示される指示に従って各自変更の作業を行って下さい。

様式３

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　利用者ＩＤ申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の趣旨、定款、利用規約を理解した上、同協議会に参加し、キビタン健康ネットを利用したいため、利用者ＩＤを申請します。

申請日：平成　　年　　月　　日

所属施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：＿＿＿＿＿＿ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿

所属施設長：自署または公印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（以下、申請者情報：所属施設長自身の申請の場合もご記入ください。）

ふりがな

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女

施設住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：大正・昭和・平成　　年　　月　　日

※・医師　・薬剤師　・看護師　・その他（　　　　　）
該当職種を○で囲んでください。

※医師の方は専門診療科の記載をお願いします。

診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿

Ｅメールアドレス：＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿

別途、講習会、会費などについてのご案内を差し上げますので、内容のご確認をお願いします。

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

- ☐ 利用者ＩＤ申請書受理日　：平成　　年　　月　　日
- ☐ 利用者ＩＤ申請承認、システムへのＩＤ登録日　：平成　　年　　月　　日
  利用者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿＿＿
- ☐ 利用者ＩＤ登録完了通知書送付日　：平成　　年　　月　　日

様式１３

平成　　年　　月　　日

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　利用者 ID 登録完了通知書

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿様

利用者　：＿＿＿＿＿＿＿＿様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会のキビタン健康ネットへの利用者ＩＤの登録が完了したことを通知します。

利用者 ID　：＿＿＿＿＿＿＿＿

初期パスワード　：　『kibitan2015』全て半角です。

ポータル画面の「会員情報メンテナンス」－「パスワード変更」より、パスワードを変更してください。

セキュアメールアカウント　：＿＿＿＿＿＿＿＿
（1 施設ごとに 1 アカウント）

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

様式３　記載例

様式３

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　利用者ＩＤ申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の趣旨、定款、利用規約を理解した上、同協議会に参加し、キビタン健康ネットを利用したいため、利用者ＩＤを申請します。

申請日：平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

所属施設名：キビタン健康クリニック

電話：024－xxx－xxxx　ＦＡＸ：024－△△△－△△△△

所属施設長：自署または公印　健康　太郎

（以下、申請者情報：所属施設長自身の申請の場合もご記入ください。）

ふりがな　きびたん　さぶろう

氏名：キビタン　三郎　男・女

施設住所：〒963-0000　郡山市駅前1丁目○○番○○号

生年月日：大正・昭和・平成 ○○ 年○○ 月○○日

※・医師　・薬剤師　・看護師　・その他（　　）
該当職種を○で囲んでください。

※医師の方は専門診療科の記載をお願いします。

診療科：内科

Ｅメールアドレス：abcde-mail@kibitan.jp

別途、講習会、会費などについてのご案内を差し上げますので、内容のご確認をお願いします。

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

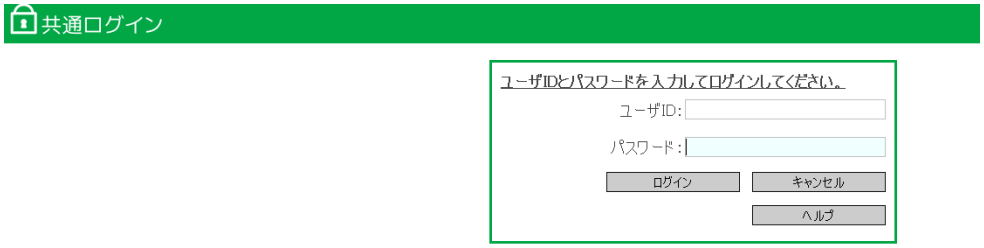
- ☐ 利用者ＩＤ申請書受理日　：平成　年　月　日
- ☐ 利用者ＩＤ申請承認、システムへのＩＤ登録日　：平成　年　月　日
  利用者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿
- ☐ 利用者ＩＤ登録完了通知書送付日　：平成　年　月　日

２．パスワードの変更方法

（１）利用者ＩＤ発行後、７日以内の場合（7 日を越えた場合は、15 ページ）

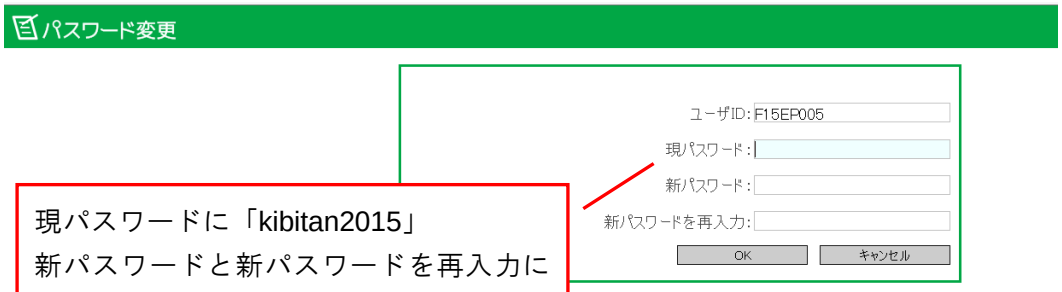
①ポータルサイトの初期画面

②協議会から発行された「利用者ＩＤ」と「パスワード(kibitan2015)」を入力して下さい。



③パスワード変更をクリックして下さい。

④パスワード変更画面が表示されますので新パスワードを入力して下さい。



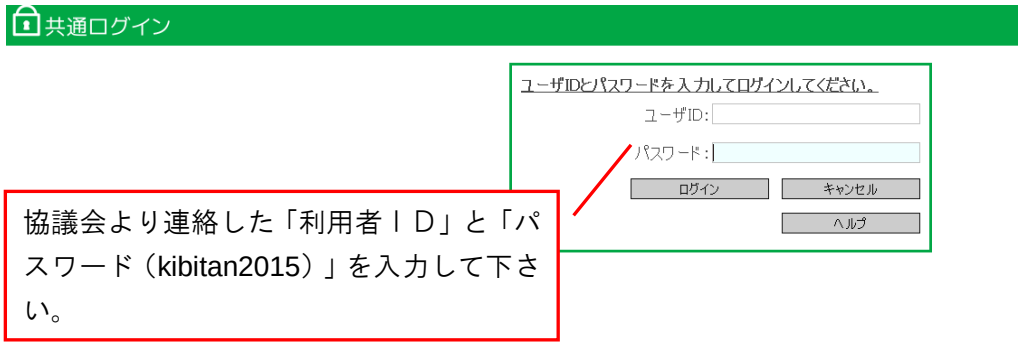
現パスワードに「kibitan2015」
新パスワードと新パスワードを再入力に
新たなパスワードを入力して下さい。
以上でパスワードの変更は完了です。

（２）パスワード発行後、７日を越えた場合

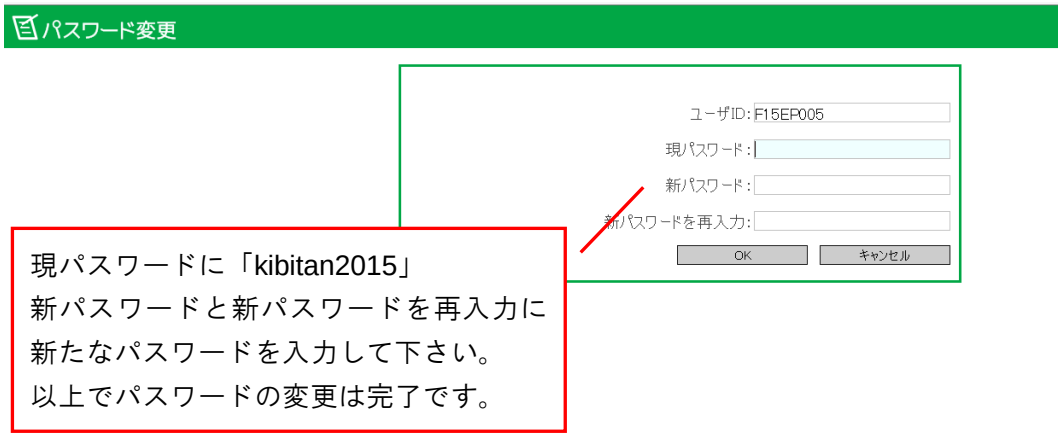
最初のパスワードは７日間の期限が設定されています。７日を越えた場合は、ポータルサイトにログイン後、最初にパスワード変更の画面が表示されるので、その画面でパスワード変更後にポータルサイトが利用できます。

①ポータルサイトの初期画面

②ログイン画面が表示されます。



③パスワード変更画面が表示されますので新パスワードを入力して下さい。



３．利用者ＩＤ及びパスワードの管理について

利用者ＩＤの利用、管理はネットワーク利用施設の責任において行うものとします。また、パスワードの管理は利用者の責任において行うものとします。利用者ＩＤ及びパスワードの第三者への漏洩、利用許諾、貸与、譲渡、名義変更、売買、その他の担保に供するなどの行為をしてはならないものとします。利用者ＩＤ及びパスワードの使用によって生じた損害の責任はネットワーク利用施設及び利用者が負うものとし、協議会は一切の責任を負わないものとします。

４．登録情報の変更

利用者は、利用者ＩＤ申請時の情報に変更があった場合、速やかに『利用者ＩＤ情報変更申請書（様式３－１）』を協議会事務局にファックス(050-3730-0128)して下さい。協議会事務局は、内容変更登録の完了後、『利用者ＩＤ情報変更登録完了通知書（様式１３－１）』をファックス等にてお送りします。

様式３－１

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

利用者ＩＤ情報変更申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、福島県医療福祉情報ネットワーク協議会に登録した利用者ＩＤ情報の変更を申請します。

申請日：平成　　年　　月　　日

変更日：平成　　年　　月　　日

利用者ＩＤ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（改名の場合は旧氏名）

変更項目のみ記載して下さい。

所属施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（所属施設名は同一法人内の異動の場合に記載して下さい。例えば、別の店舗への異動など）
ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女　（改名の場合は新氏名）
施設住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日：大正・昭和・平成　　年　　月　　日
※・医師　・薬剤師　・看護師　・その他（　　）
該当職種を○で囲んでください。
※医師の方は専門診療科の記載をお願いします。
診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Ｅメールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄
☐ 利用者ＩＤ情報変更申請書受理日　：平成　　年　　月　　日
☐ 利用者ＩＤ情報変更申請承認、システムへの登録日　：平成　　年　　月　　日
利用者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
☐ 利用者ＩＤ情報変更登録完了通知書送付日　：平成　　年　　月　　日

様式１３－１

平成　　年　　月　　日

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　利用者 ID 情報変更登録完了通知書

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

利用者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会の利用者 ID 情報の変更登録が完了したことを通知します。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

５．利用者ＩＤ及びパスワードの紛失、抹消について

ネットワーク利用施設及び利用者は、利用者ＩＤ及びパスワードの紛失、盗用、第三者による使用の事実又はそのおそれがある事を発見した場合は、ただちにその旨を協議会に通知し、利用停止の手続きをとるものとします。

職員の退職などにより不要となった利用者ＩＤは、利用施設の責任者によって『利用者ＩＤ抹消申請書（様式４）』を協議会事務局に提出し、抹消の手続きをとるものとします。協議会事務局にて抹消が完了後、『利用者ＩＤ抹消完了通知書（様式１４）』をファックス等にてお送りします。

様式４

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　利用者ＩＤ抹消申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

キビタン健康ネットの利用者ＩＤの抹消を申請します。

申請日：平成　　年　　月　　日

抹消日：平成　　年　　月　　日

所属施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿＿＿

所属施設長：自署または公印 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（以下申請者情報：所属施設長自身の申請の場合もご記入ください。）

ふりがな

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿＿＿

Ｅメールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用規約に則った処理を行い、ご連絡を差し上げます。

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

☐ 利用者ＩＤ抹消申請書受理日　：平成　　年　　月　　日

☐ 利用者ＩＤ抹消申請承認、システムへのＩＤ削除日　：平成　　年　　月　　日

☐ 利用者ＩＤ抹消完了通知書送付日　：平成　　年　　月　　日

様式１４

平成　　年　　月　　日

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　利用者 ID 抹消完了通知書

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

利用者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会のキビタン健康ネットにおける利用者ＩＤの抹消が完了したことを通知します。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

６．利用者ＩＤ、パスワードの再発行について

パスワードを忘れてしまった場合、協議会で再発行します。その場合、初期パスワード（kibitan2015）に変更しますので、ポータルサイト上でパスワードの変更をお願いします。

利用者ＩＤ及びパスワードの再発行が必要となった場合は、理由を記載した再発行の申請書（任意様式）を添えて協議会事務局に申し込んで下さい。協議会で承認された場合、再発行します。

Ⅳ．サービスの運用・情報の取扱い

１．協議会の事務業務

福島県医療福祉情報ネットワークにおける事務業務は協議会事務局が担当します。協議会事務局の連絡先は、このマニュアルの最終ページをご覧下さい。

２．利用範囲、情報の管理

（１）利用範囲

福島県医療福祉情報ネットワークに提供された情報は、ネットワーク利用施設でのみ使用を許諾されます。協議会、ネットワーク利用施設は、福島県医療福祉情報ネットワークから参照できる情報を、該当する患者さんの医療・介護に利用する目的以外に使用できません。ただし、研究や分析など医療・介護の発展・向上を目的として当該サービスから情報を取得したいときは、協議会で決定します。サービス提供者は、福島県医療福祉情報ネットワークから参照できる情報を、ＡＳＰサービスを提供する目的、運用保守事業者は福島県医療福祉情報ネットワークを安定運用する目的以外に使用できません。

（２）情報の管理

サービス提供者は提供された情報を厳重に管理し、漏洩等問題が発生した場合は、直ちに協議会に報告し、責任を持って迅速に解決して頂きます。

３．サービスの停止

（１）協議会

協議会は、定期メンテナンス等の福島県医療福祉情報ネットワークを停止する事由が発生した場合は、ネットワーク利用施設に通知します。災害等やむを得ない状況を除き、サービス提供者が対応可能な時間的余裕を持つことができるように図ります。

（２）サービス提供者

サービス提供者は、福島県医療福祉情報ネットワークを停止する事由が発生した場合、迅速に協議会へ通知することとします。また、サービス提供者側の事由によるサービスの停止に伴って福島県医療福祉情報ネットワークの運用に障害が発生した場合、サービス提供者は対応する責を負うものとします。

４．情報や資料等の提供等

（１）情報や資料等の提供

サービス提供者は、協議会から要請があった場合、提供するサービス及び当該サービスと福島県医療福祉情報ネットワークとの接続に関する情報又は資料(以下、「資料等」という)を協議会に提供するものとします。

（２）資料等の利用範囲

協議会は、提供を受けた資料等を協議会がその運営目的上必要と認める範囲で利用できるものとします。

（３）資料等に虚偽や誤りがあった場合

協議会は、提供を受けた資料等に虚偽や誤りがあった場合、サービス提供者に対応を求めることができるものとします。

Ⅴ．キビタン健康パスポートの運用

１．キビタン健康パスポートについて

キビタン健康パスポートは、患者さんがキビタン健康ネットへ参加し、調剤情報・画像情報・地域連携パス情報の共有、閲覧に同意していることを証明するものです。診療情報の参照に同意している事を証明するものではありません。患者さんがキビタン健康パスポートを参加施設へ提示し、システムへイベント番号を登録することで、各種情報が共有されます。

キビタン健康パスポートはＩＣカードです。ＩＣチップには１６桁のイベント番号のみが記録されており、カードから患者さんの診療情報が漏洩することはありません。

キビタン健康ネットで運用する地域連携ネットワークシステムは、イベント番号で紐付けされます。

キビタン健康パスポート【表面】

患者さんに氏名を記載して頂いて下さい

【裏面】

【イベント番号】

０	７	—	０	７	０	１	—	９	９	９	９	９	９	９	９	９	９

０７：県番号
０７０１：協議会が主に活動する拠点の二次医療圏番号
９９９９９９９９９９：シーケンシャル番号

2．キビタン健康パスポートの運用

【重要】

患者さん向けの説明書『キビタン健康ネットのご説明』等を使用して患者さんに説明して下さい。なお、パスポートを取得することで調剤・画像・地域連携パス情報の共有、閲覧の同意となり、調剤情報については、薬局に提示することですべてのネットワーク利用施設で調剤情報閲覧が可能となる事を患者さんに必ず説明して下さい。薬局への提示がない場合、調剤情報は閲覧できません。また、画像情報・地域連携パス情報については、情報共有する際に参加施設より説明がある旨を説明して下さい。

予め準備されている『キビタン健康ネット参加確認書』に署名を頂き、キビタン健康パスポートをお渡し下さい。

キビタン健康パスポートの表面の「ご氏名」欄は、患者さんの氏名記載欄です。患者さんに記載して頂きます。（記載は患者さんのご意思ですので、記載がなくともキビタン健康パスポートとしては有効です。）

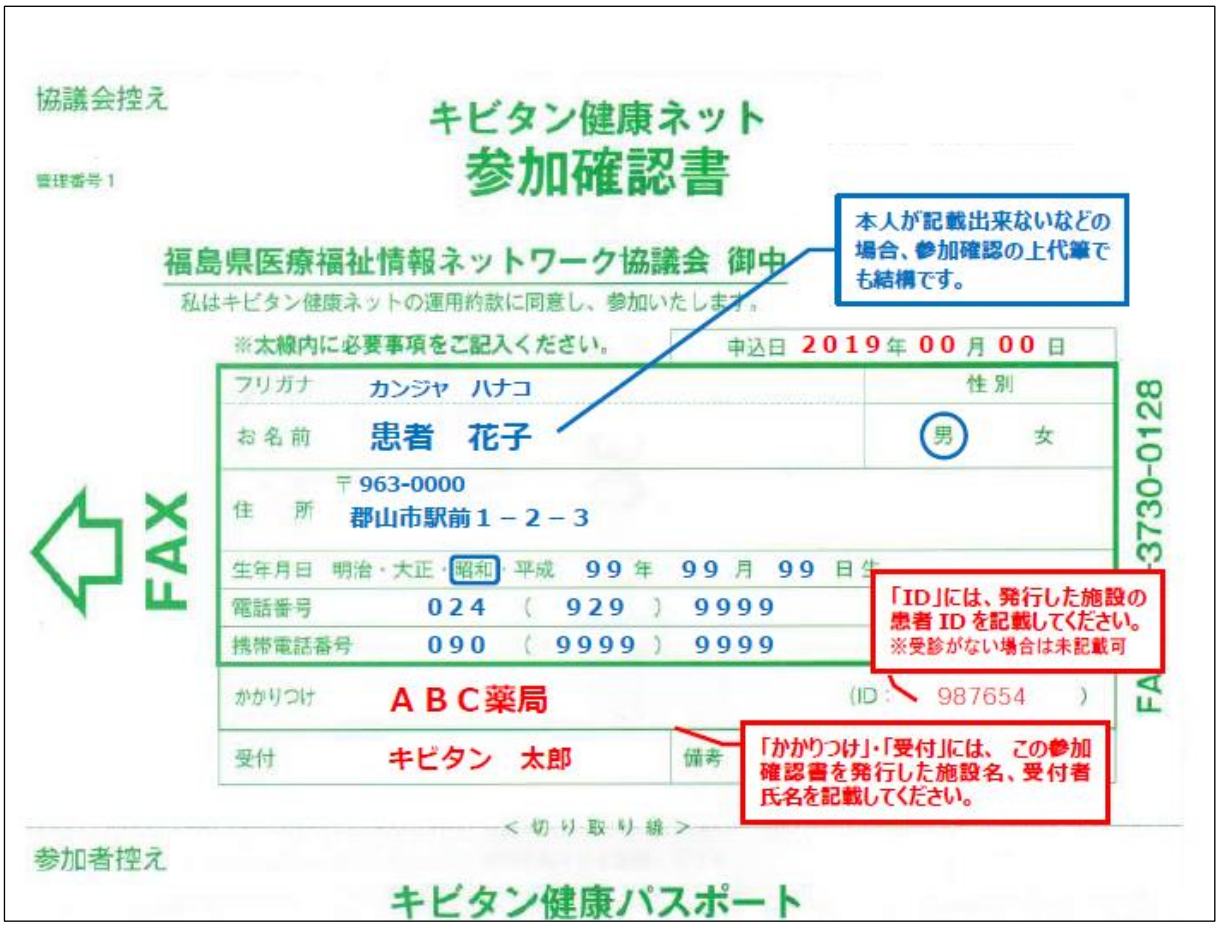
薬局で調剤情報（NSIPS ファイル）のアップロードをする事で、調剤情報の参照が可能となります。

なお、患者さん本人の診療録利用・参照については、同意があっても利用できません。

署名をいただいた『キビタン健康ネット参加確認書』の上半分を協議会事務局にファックス送信(050-3730-0128)し、下半分は患者さんにお渡しして下さい。協議会事務局にて、キビタン健康ネットに登録します。上半分は、翌月の月初めに１ヶ月分をまとめて協議会事務局へ郵送して下さい。

参加確認書　記載例

青字　：　患者さんの記載項目
赤字　：　参加施設の記載項目



3．患者さんへのご説明用リーフレット

予め配付しますが、協議会のホームページよりダウンロードすることも可能です。

【A5 サイズ】

患者さん用

●● よくあるご質問 ●●

Q. キビタン健康ネットって何ですか？
A. 複数の医療機関にまたがる患者さんの診療記録や検査結果を医療機関同士で共有し、診療に役立てる仕組みです。

Q. 診療情報は私の許可なく共有されるの？
A. 共有される診療情報は、同意されている患者さんのみのデータです。同意はいつでも患者さんの意思で撤回することができます。

Q. 患者さん本人が同意書に署名できない時はどのようにしたらいいですか？
A. 病状により本人からの同意取得が困難な場合に限り、2 親等以内の親族もしくは配偶者による代理署名を認めております。

Q. 同意するとどんなメリットがあるの？
A. 他の医療機関で受けた検査の結果等の診療情報を有効に活用でき、より適切な診断・治療に役立てることができます。

Q. 未成年者の同意取得の場合はどのようにしたらいいですか？
A. 未成年者につきましては、保護者による同意が必要です。

Q. 他の病院の医師にも閲覧されてしまうのですか？
A. 患者さんが同意書を渡されましたかかりつけ医、薬局のみに閲覧権限が与えられます。そのため、かかりつけ医療機関ごとに同意書をいただく場合があります。

Q. セキュリティは大丈夫ですか？
A. 診療情報の共有には、セキュリティを確保した通信回線を使用します。

Q. 費用はかかるの？
A. 患者さんが負担する費用は一切ありません。

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会事務局

〒960-8036　福島市新町4番22号（福島県医師会館内）
フリーダイアル：0120-578-818(am11:00～pm5:00)
ホームページ：http://www.kibitan-k.net/

キビタン健康ネットのご説明

●● キビタン健康ネットとは ●●

キビタン健康ネットは、福島県の医療施設・介護施設等を安全な通信回線（暗号化されたインターネット回線）で結ぶことにより、各施設を受診された際の検査・診断・治療内容・説明内容を、その後の診療に活かすことができる地域医療連携ネットワークシステムです。

※受診された施設が、キビタン健康ネットの参加施設であれば、このシステムが利用できます。参加施設はキビタン健康ネットのホームページで確認いただくか、右のポスターを掲示してあります。

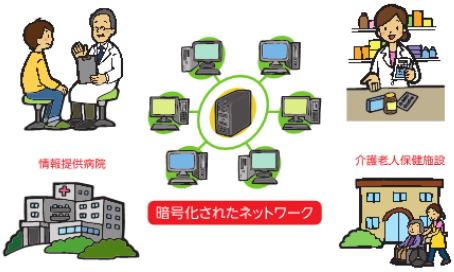
キビタン健康ネットのホームページのURLは

http://www.kibitan-k.net/

●● キビタン健康ネット概要図 ●●

かかりつけ診療所・病院
情報提供病院で受けた検査結果、治療歴、服薬状況、CT・MRI画像などを、かかりつけ診療所・病院で詳細に説明を受けることができます。

かかりつけ薬局
情報提供病院での検査結果、治療歴などをかかりつけ薬局で確認できますので、よりきめ細かな服薬の説明、副作用の説明を受けることができます。



これまで、検査結果や調剤情報は、その施設でしか見る事ができませんでしたが、キビタン健康ネットに参加している施設では、他の施設の情報を閲覧できたり、他の施設へ情報を提供することができます。例えば、以前に受診した内科の診療所の検査結果を、今回受診した眼科の診療所で確認することができます。また、薬局の調剤情報を他の薬局で確認したり、診療所や病院で確認することも可能になります。

キビタン健康ネットの特徴

- 患者さんの同意のもと診療情報を共有します。
- キビタン健康ネットの利用による患者さんの費用負担はありません。
- 同意はいつでも撤回することができます。かかりつけ医療機関で同意撤回を申し出てください。
- 診療情報は暗号化された高セキュリティのネットワーク回線で厳重に守られ、国内のデータセンターに安全に保管されます。

キビタン健康ネットには、患者さん本人の参加が必要です

① キビタン健康ネットへの参加申込み

参加の方法
キビタン健康ネットに参加している施設で、キビタン健康パスポートを受け取ってください。
キビタン健康パスポートを受け取る際には、参加施設からの説明を受け、参加申込書に署名をお願いいたします。

② 診療情報の参照同意

キビタン健康ネットに参加している病院の診療情報を、診療所や薬局等のかかりつけ医療機関で確認することができます。

同意の方法
- かかりつけ診療所・病院・薬局で「キビタン健康ネット診療情報共有同意書」に署名してください。
- 情報提供病院で受けた検査結果等の診療情報をかかりつけ医療機関で確認・説明を受けることができます。
- かかりつけ医療機関より渡される、「キビタン健康ネット診療情報共有同意書」（写し）を受け取ってください。

同意の取消について
- 同意を取り消したい場合は、「キビタン健康ネット診療情報共有同意撤回書」を提出していただきます。また、撤回前に蓄積されたデータは削除されません。データを匿名化し、地域の医療の質を改善するために二次利用されることがあります。

例外的な閲覧について
- あなたが、意識不明になるなど意思表示ができない場合であって、生命または身体を保護するために緊急に医療上の処置が必要な場合において、対応する医師が閲覧する場合があります。

キビタン健康ネットのメリット

- 拠点病院での検査画像、検査結果、治療内容、服薬について、かかりつけ診療所・病院、かかりつけ薬局でも説明を受けることができます。
- 拠点病院に入院された場合、退院後に通院するかかりつけ診療所・病院で、入院中の経過、治療結果の説明を受けることができます。
- かかりつけ薬局で、よりきめ細かな服薬指導や副作用等の説明を受けることができます。
- 同一患者の診療情報を地域の医療機関が共有するため、転院や在宅療養時も安心です。
- 検査や処方などの重複削減による患者負担の低減が図れます。

【B5 サイズ】

キビタン健康パスポートは、
複数の医療機関にまたがって
患者さんの診療情報を医療機関同士で共有し、
診療に役立てる「キビタン健康ネット」へ
参加するためのものです。

制度の詳しい概要は
「キビタン健康ネットのホームページ」、
診療所や薬局備え付けのリーフレット
「キビタン健康ネットのご説明」を
ご覧ください。

ご質問・お問い合わせ

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

事務局 0120-578-818 (受付時間 9：00～17：00)
〒960-8036 福島市新町4番22号(福島県医師会館内)

●ホームページ
http://www.kibitan-k.net/
キビタン健康ネット 検索

これさえあれば、大丈夫!

キビタン健康パスポート

Q キビタン健康パスポートって、なにがいいの?

キビタン健康パスポートを持っていれば、医療機関で受けた検査結果等の診療情報を有効に活用し、より適切な診断・治療を受けることにつながります。

例えば…

- 病院での入院後の経過をご自宅の近くのかかりつけ医で診てもらえる

- 医療機関ごとに同じ検査を受ける必要がなくなるなど、患者さんの負担軽減につながる

- 複数の医療機関からお薬を処方されている場合に、薬の飲み合わせの指導を受けることが出来る

などなど、
転ばぬ先の杖ならぬ、
転ばぬ先のキビタン健康パスポート!なんです。

Q キビタン健康パスポートは、どこでもらうの?

このポスターが掲示されている病院、診療所、薬局、老健施設などで受け取れます!手続きは簡単です。安心してください。

患者さんが
負担する
費用は一切
ありません。

まずは、窓口で詳しい説明を聞いてみてください。

【B4 三つ折り】

キビタン健康パスポート取得方法

キビタン健康ネット参加施設または
インターネットからお申し込みください。

キビタン健康ネット　検索

URL　http://www.kibitan-k.net/

パスポートを取得することで、調剤情報閲覧の同意となります。

診療情報も共有したい場合

参加施設で同意書を記入してください。情報提供施設の診療情報をかかりつけ医療機関や薬局で共有することができます。

同意を取り消したい場合

診療情報共有や調剤情報閲覧の同意を取り消したい場合には、「撤回届」にご記入ください。

キビタン健康ネットQ&A

Q1 費用はかかるの?

A かかりません。無料です。

Q2 個人情報は漏れないの?

A セキュリティの高いネットワーク上で運用しているので、情報は守られます。

Q3 パスポートを取得すると、勝手に情報を見られちゃうの?

A 勝手に情報が見られることはありません。薬局に提示することで、医療機関等でお薬情報を見てもらうことができます。

Q4 お薬手帳はいらないの?

A お薬手帳は必要です。将来的には、キビタン健康ネットと電子版お薬手帳を連携させていく予定です。

お問い合わせ

一般社団法人
福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

0120-578-818（平日9:00～17:00）

TEL：024-525-8818　〒960-8036 福島市新町4番22号

キビタン健康ネット

～お薬の情報について～

2019年 4月1日から

キビタン健康パスポートを薬局に提示することであなたのお薬情報を医療機関等で見てもらうことができます。

薬局で処方されているお薬情報を共有してもらえます。

薬の重複防止や飲み合わせに役立てることができて安心!!

福島県全域で使えます。

転居等で病院・クリニック・薬局が変わっても履歴を見てもらえる!

医療機関で受けた検査結果等の情報を、その後の診察に活用できます。

診療情報共有に同意すれば

同一検査をしなくて良い場合、患者さんの負担が軽減!!

災害時や救急時など、お薬手帳をもっていない場合にも、キビタン健康パスポートで飲んでいる薬を確認できます。

より早急に診療（処置）を受けられる可能性が増える!

こんな時にお使いいただけます。

自分の既住歴や検査・処方内容をうまく説明できなくても、キビタン健康ネットで見てもらえます。

診療情報共有に同意すれば

より良い診断・処方につながる!

４．キビタン健康ネットからの退会について

【重要】

『退会確認書』は、これまでに取得した同意書全てを無効とするものです。患者さんから退会の求めがあった場合、他施設での同意※も撤回となる旨をご説明下さい。

患者さんが、全ての同意撤回となる事を理解した上で、キビタン健康ネットから退会を希望する場合には、『退会確認書』に署名を頂き、コピーを渡して患者さんの控えとして下さい。

患者さんがキビタン健康パスポートを持っている場合は、預かって下さい。

署名を頂いた『キビタン健康ネット退会確認書』を協議会事務局にファックス送信(050-3730-0128)して下さい。協議会事務局にて個人情報としての医療機関等からのアクセス権をすべて削除します。原本と預かったキビタン健康パスポートは、翌月の月初めに１ヶ月分をまとめて協議会事務局へ郵送して下さい。

※他施設での同意には、『診療情報共有同意』、『調剤情報閲覧同意』等全ての同意を含みます。

キビタン健康ネット

退会確認書

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 御中

私はキビタン健康ネットから退会いたします。

［退会の場合、個人情報としての医療機関等からのアクセス権をすべて削除するものとします。］

※太枠内に必要事項をご記入ください。　退会日　年　月　日

フリガナ		性別
お名前		男　女
生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日生	
カード番号	イベント番号　070701-	
退会受付施設	電話:　(　)	
受付者		
備考	キビタン健康パスポート添付（有・無）	

この退会確認書は、協議会事業から退会を希望する場合の様式です。記載後、協議会へ FAX してください。

※重要

この退会確認書を届け出ることで、これまでに同意した診療情報共有もしくは調剤情報閲覧の全ての同意が撤回され、医療機関等からのアクセス権をすべて削除します。

また、キビタン健康パスポートを患者さんから回収し、退会確認書原本とパスポートを協議会へ郵送してください。なお、パスポート紛失の場合は、その旨を備考欄に記載ください。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会
〒960-8036 福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
TEL：024-525-8818　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ：0120-578-818

FAX 050-3730-0128

退会確認書　記載例

青字　：　患者さんの記載項目
赤字　：　参加施設の記載項目

キビタン健康ネット

退会確認書

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 御中

私はキビタン健康ネットから退会いたします。

[退会の場合、個人情報としての医療機関等からのアクセス権をすべて削除するものとします。]

※太枠内に必要事項をご記入ください。　退会日　2019 年　00 月　00 日

フリガナ	かんじゃ　はなこ	性別
お名前	患者　花子	男　女
生年月日	明治・大正・昭和・平成　９９ 年　９９ 月	
カード番号	イベント番号　070701-　9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
退会受付施設	ＡＢＣ薬局　999 ）9999	
受付者	健康　太郎	
備考	キビタン健康パスポート添付（有・無） 退会理由。	

間違い防止のため、必ず記載して下さい。

説明した方の氏名を記載して下さい。

パスポートの添付有無に印をして下さい。

患者さんから聞いた退会理由等あれば記載して下さい。

この退会確認書は、協議会事業から退会へ FAX してください。

※重要

この退会確認書を届け出ることで、これまでに同意した診療情報共有もしくは調剤情報閲覧の全ての同意が撤回され、医療機関等からのアクセス権をすべて削除します。

また、キビタン健康パスポートを患者さんから回収し、退会確認書原本とパスポートを協議会へ郵送してください。なお、パスポート紛失の場合は、その旨を備考欄に記載ください。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会
〒960-8036 福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
TEL：024-525-8818　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ：0120-578-818

FAX 050-3730-0128

Ⅵ．診療情報の参照について

１．情報提供施設の診療情報を参照する場合

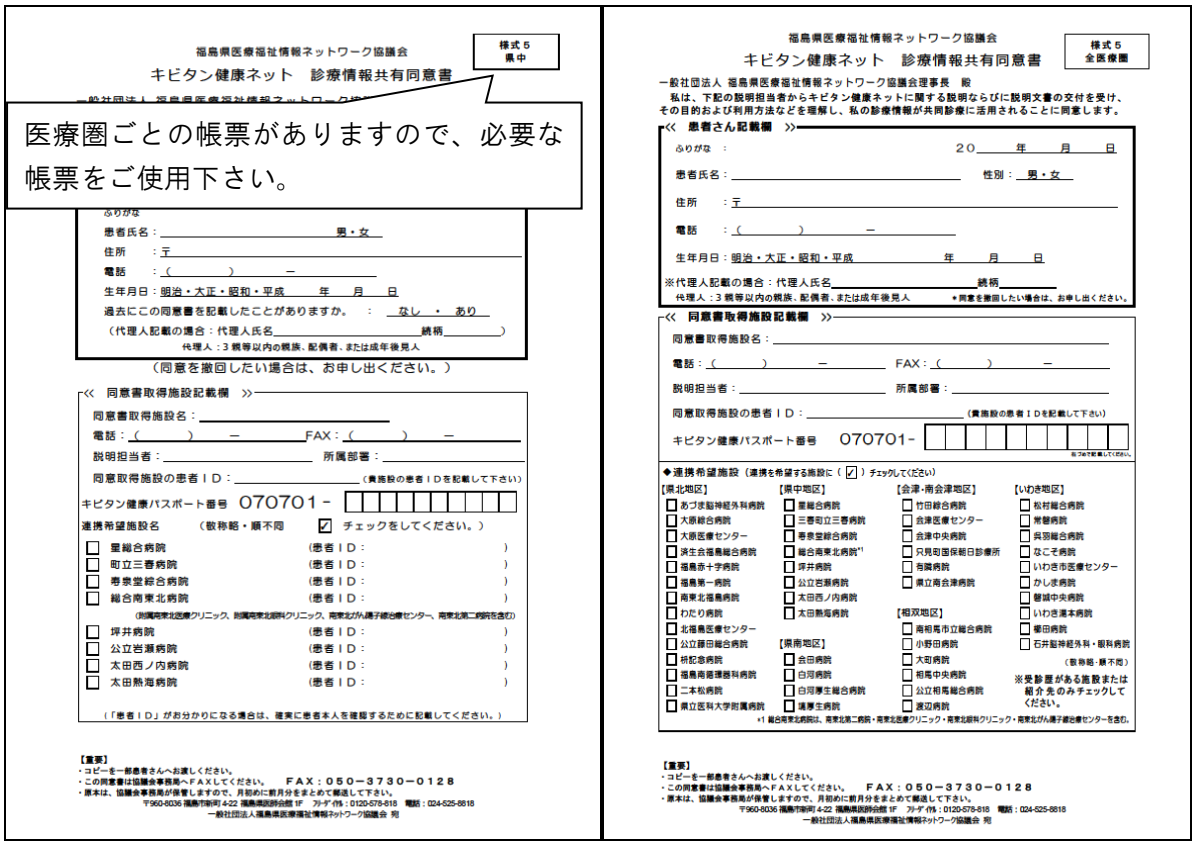
（１）同意の取得と登録

患者さんへのご説明用リーフレット（『キビタン健康ネットのご説明』（Ⅴ-3 患者さんへのご説明リーフレット参照）等）を使って患者さんに説明の上、同意が得られた場合『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（様式５）』に署名を頂き、コピーを渡して患者さんの控えとして下さい。原本は協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)後、翌月の月初めに１ヶ月分をまとめて協議会事務局に郵送して下さい。

協議会事務局にてファックス受信後に内容を確認し、情報提供施設にファックス送信します。情報提供施設は、連携ゲートウェイシステムに同意取得施設の患者ＩＤと自院の患者ＩＤを紐付けする登録を行って下さい。

（２）患者さんにお渡しする書類

①『キビタン健康ネットのご説明』等説明資料
②『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（様式５）』のコピー


福島県医療福祉情報ネットワーク協議会
キビタン健康ネット　診療情報共有同意書
様式５ 県中

医療圏ごとの帳票がありますので、必要な帳票をご使用下さい。

患者氏名：　男・女
住所　：〒
電話　：（　）　－
生年月日：明治・大正・昭和・平成　年　月　日
過去にこの同意書を記載したことがありますか。　：　なし　・　あり
（代理人記載の場合：代理人氏名　続柄　）
代理人：３親等以内の親族、配偶者、または成年後見人
（同意を撤回したい場合は、お申し出ください。）

同意書取得施設記載欄
同意書取得施設名：
電話：（　）　－　FAX：（　）　－
説明担当者：　所属部署：
同意取得施設の患者ＩＤ：（貴施設の患者ＩＤを記載して下さい）
キビタン健康パスポート番号　070701－
連携希望施設名　（敬称略・順不同　☑ チェックをしてください。）
☐ 星総合病院　（患者ＩＤ：　）
☐ 町立三春病院　（患者ＩＤ：　）
☐ 寿泉堂総合病院　（患者ＩＤ：　）
☐ 総合南東北病院　（患者ＩＤ：　）
（別掲南東北医療クリニック、別掲南東北眼科クリニック、南東北がん陽子線治療センター、南東北第二病院を含む）
☐ 坪井病院　（患者ＩＤ：　）
☐ 公立岩瀬病院　（患者ＩＤ：　）
☐ 太田西ノ内病院　（患者ＩＤ：　）
☐ 太田熱海病院　（患者ＩＤ：　）
（「患者ＩＤ」がお分かりになる場合は、確実に患者本人を確認するために記載してください。）

【重要】
・コピーを一部患者さんへお渡しください。
・この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８
・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。
〒960-8036 福島市新町 4-22 福島県医師会館 1F　フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会
キビタン健康ネット　診療情報共有同意書
様式５ 全医療圏

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿
私は、下記の説明担当者からキビタン健康ネットに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解し、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

患者さん記載欄
ふりがな　：　２０　年　月　日
患者氏名：　性別：男・女
住所　：〒
電話　：（　）　－
生年月日：明治・大正・昭和・平成　年　月　日
※代理人記載の場合：代理人氏名　続柄
代理人：３親等以内の親族、配偶者、または成年後見人　＊同意を撤回したい場合は、お申し出ください。

同意書取得施設記載欄
同意書取得施設名：
電話：（　）　－　FAX：（　）　－
説明担当者：　所属部署：
同意取得施設の患者ＩＤ：（貴施設の患者ＩＤを記載して下さい）
キビタン健康パスポート番号　070701－
（右詰で記載してください。）

◆連携希望施設（連携を希望する施設に（☑）チェックしてください）
【県北地区】
☐ あづま脳神経外科病院
☐ 大原総合病院
☐ 大原医療センター
☐ 済生会福島総合病院
☐ 福島赤十字病院
☐ 福島第一病院
☐ 南東北福島病院
☐ わたり病院
☐ 北福島医療センター
☐ 公立藤田総合病院
☐ 桜記念病院
☐ 福島南東理器科病院
☐ 二本松病院
☐ 県立医科大学附属病院
【県中地区】
☐ 星総合病院
☐ 三春町立三春病院
☐ 寿泉堂総合病院
☐ 総合南東北病院*1
☐ 坪井病院
☐ 公立岩瀬病院
☐ 太田西ノ内病院
☐ 太田熱海病院
【県南地区】
☐ 会田病院
☐ 白河病院
☐ 白河厚生総合病院
☐ 塙厚生病院
【会津・南会津地区】
☐ 竹田総合病院
☐ 会津医療センター
☐ 会津中央病院
☐ 只見町国保朝日診療所
☐ 有隣病院
☐ 県立南会津病院
【相双地区】
☐ 南相馬市立総合病院
☐ 小野田病院
☐ 大町病院
☐ 相馬中央病院
☐ 公立相馬総合病院
☐ 渡辺病院
【いわき地区】
☐ 松村総合病院
☐ 常磐病院
☐ 呉羽総合病院
☐ なごそ病院
☐ いわき市医療センター
☐ かしま病院
☐ 磐城中央病院
☐ いわき湯本病院
☐ 柳田病院
☐ 石井脳神経外科・眼科病院
（敬称略・順不同）
※受診歴がある施設または紹介先のみチェックしてください。
*1 総合南東北病院は、南東北第二病院・南東北眼科クリニック・南東北がん陽子線治療センターを含む。

【重要】
・コピーを一部患者さんへお渡しください。
・この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８
・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。
〒960-8036 福島市新町 4-22 福島県医師会館 1F　フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

様式５　記載例

青字　：　患者さんの記載項目

赤字　：　参加施設の記載項目

様式５
県中

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　診療情報共有同意書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、下記の説明担当者からキビタン健康ネットに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解し、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

患者氏名は患者さんまたは代理人の記載です。
その他の項目は代筆でも結構です。

《　患者さん記載欄　》

平成　○○年○○月○○日

ふりがな　かんじゃ　たろう

患者氏名：患者　太郎　　男・女

住所　：〒963-0000 郡山市駅前１－２－３

電話　：（　０２４　）XXX－XXXX

生年月日：明治・大正・昭和・平成　○○年○○月○○日

過去にこの同意書を記載したことがありますか。　：　なし　・　あり

（代理人記載の場合：代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿）

代理人：３親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

（同意を撤回したい場合は、お申し出ください。）

《　同意書取得施設記載欄　》

同意書取得施設の患者 ID を記載して下さい。

同意書取得施設名：キビタン健康クリニック

電話：（ 024　）XXX－XXXX　FAX：（ 024　）000－0000

説明担当者：健康　次郎　　所属部署：＿＿＿＿＿＿＿＿

同意取得施設の患者ＩＤ：123456　（貴施設の患者ＩＤを記載して下さい）

キビタン健康パスポート番号　070701－ 0 0 0 0 0 5 7 2 9 0

パスポート番号は、前ゼロを省略しても結構です。

連携希望施設名　（敬称略・順不同　☑ チェックをしてください。）

- ☑ 星総合病院　（患者ＩＤ：　）
- ☐ 町立三春病院　（患者ＩＤ：　）
- ☐ 寿泉堂綜合病院　（患者ＩＤ：　）
- ☐ 総合南東北病院　（患者ＩＤ：　）
  （附属南東北医療クリニック、附属南東北眼科クリニック、南東北がん陽子線治療センター、南東北第二病院を含む）
- ☐ 坪井病院　（患者ＩＤ：　）
- ☐ 公立岩瀬病院　（患者ＩＤ：　）
- ☐ 太田西ノ内病院　（患者ＩＤ：　）
- ☐ 太田熱海病院　（患者ＩＤ：　）

（「患者ＩＤ」がお分かりになる場合は、確実に患者本人を確認するために記載してください。）

【重要】
・コピーを一部患者さんへお渡しください。
・この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８
・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。

〒960-8036 福島市新町4-22 福島県医師会館 1F　フリーダイル：0120-578-818　電話：024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

（３）登録完了の連絡

登録完了後、情報提供施設より同意取得施設へ『連携ゲートウェイシステム登録完了通知（様式７）』がファックスで届きます。この段階で診療情報の参照が可能となります。

患者さんの確認に時間がかかる場合があります。『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（様式５）』を記載の際は、氏名、フリガナ、生年月日、性別を正確に記載して下さい。なお、『キビタン健康ネット 診療情報共有同意書（様式５）における、情報提供施設の患者ＩＤの記載があれば迅速に確認が可能ですので、出来る限り記載をお願いします。

様式７

情報提供施設用

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット
連携ゲートウェイシステム登録完了通知

診療情報参照施設

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

以下の患者さんに関して、連携ゲートウェイシステムへの登録を完了致しました。
キビタン健康ネットを利用し、患者さんの情報を閲覧する事が出来ます。

日　付：平成　　年　　月　　日

患者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

今後とも、よろしくお願いいたします。

登録施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担 当 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所属部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

（４）同意取得の注意点

① 代理取得

病状等により本人からの同意取得が困難な場合及び患者が未成年の場合に限り、３親等以内の親族、配偶者又は成年後見人のみの代理取得を認めています。

② 患者さん本人の診療録利用・参照

患者さん本人の診療録利用・参照については同意があっても利用できません。

（５）キビタン健康ネットの利用と同時に紹介を行う場合

各情報提供施設のルールに沿って紹介状を記載して頂き、『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（様式５）』のコピーと紹介状を患者さんに渡して、紹介先の病院に持参して頂いて下さい。（紹介状については、紹介先の医療機関の運用に従って下さい。）

『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（様式５）』の原本は、協議会事務局にファックス送信(050-3730-0128)後、翌月の月初めに 1 ヶ月分をまとめて協議会事務局に郵送して下さい。

（６）診療情報共有の撤回

患者さんが以後の診療情報の共有を希望しない場合は、『キビタン健康ネット診療情報共有同意撤回届（様式６）』に患者さんの署名を頂き、コピーを渡して患者さんの控えとして下さい。

原本は、協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)後、翌月の月初めに 1 ヶ月分をまとめて協議会事務局に郵送して下さい。

協議会事務局にてファックス受信後に内容を確認し、情報提供施設にファックス送信します。情報提供施設は、連携ゲートウェイシステムの情報提供登録を削除して下さい。その後、同意撤回届を取得した施設宛に、『連携ゲートウェイシステム登録削除通知（様式８）』をファックス送信して下さい。

なお、患者さんが全ての同意撤回となる『退会確認書』に署名し、協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)した場合にも、診療情報の共有を中止できます。

また、撤回していない場合でも 13 ヶ月間診療情報の閲覧がない場合は、その患者さんに限り自動的に閲覧不可となります。再度閲覧を希望される場合は、患者さんから同意取得を行って下さい。

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式６
県中

キビタン健康ネット　診療情報共有同意撤回届

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、下記の説明担当者から説明を受け下記医療施設においてキビタン健康ネットの診療情報共有に同意しておりましたが、同意を撤回します。

《　同意書取得施設記載欄　》

説明担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（所属部署：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

同意書取得施設：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：（　　）　－　　FAX：（　　）　－

キビタン健康パスポート番号　070701-　□□□□□□□□□□

《　患者さん記載欄　》

ふりがな　　平成＿＿年＿＿月＿＿日

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女

住所　：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　：（　　）　－

生年月日：明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日

（代理人記載の場合：代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿）

代理人：３親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

同意を撤回する医療施設に（ ☑ ）チェックしてください。

連携済み施設名　　（敬称略・順不同）

- ☐ 星総合病院　（患者ＩＤ：　　）
- ☐ 町立三春病院　（患者ＩＤ：　　）
- ☐ 寿泉堂綜合病院　（患者ＩＤ：　　）
- ☐ 総合南東北病院　（患者ＩＤ：　　）
  （附属南東北医療クリニック、附属南東北眼科クリニック、南東北がん陽子線治療センター、南東北第二病院を含む）
- ☐ 坪井病院　（患者ＩＤ：　　）
- ☐ 公立岩瀬病院　（患者ＩＤ：　　）
- ☐ 太田西ノ内病院　（患者ＩＤ：　　）
- ☐ 太田熱海病院　（患者ＩＤ：　　）

（「患者ＩＤ」がお分かりになる場合は、確実に患者本人を確認するために記載してください。）

【重要】
・コピーを一部患者さんへお渡しください。
・この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８
・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。

〒960-8036 福島市新町 4-22 福島県医師会館 1F　フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

様式８
情報提供病院用

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット
連携ゲートウェイシステム登録削除通知

診療情報共有同意撤回書取得施設

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

以下の患者さんに関して、連携ゲートウェイシステムへの登録を削除致しました。

日　付：平成　　年　　月　　日

患者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

今後とも、宜しくお願いいたします。

登録施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

２．情報提供施設が参照施設へ診療情報を公開する場合

（１）同意の取得と登録

患者さんへのご説明用リーフレット（『キビタン健康ネットのご説明』（Ⅴ-3 患者さんへのご説明リーフレット参照）等）を使って患者さんに説明の上、同意が得られた場合『キビタン健康ネット 診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）（様式５－１）』に署名を頂き、コピーを渡して患者さんの控えとして下さい。原本は協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)及び参照施設へファックス送信後、翌月の月初めに１ヶ月分をまとめて協議会事務局に郵送して下さい。

ファックス受信した参照施設では、『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）（様式５－１）』の参照施設の患者ＩＤ欄に自施設のカルテＩＤを記載し、協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)して下さい。なお、参照施設はファックスで送付された同意書について、協議会への郵送は不要です。

協議会事務局にて情報提供施設及び参照施設からのファックス受信後に内容を確認し、情報提供施設に『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）（様式５－１）』をファックス送信します。情報提供施設は、連携ゲートウェイシステムに同意取得施設の患者ＩＤと自院の患者ＩＤを紐付けする登録を行って下さい。

（２）患者さんにお渡しする書類

①『キビタン健康ネットのご説明』等説明資料
②『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）（様式５－１）』のコピー

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会　様式５－１

キビタン健康ネット　診療情報共有同意書
（情報提供施設からの紹介用）

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、下記の説明担当者からキビタン健康ネットに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解し、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

《 患者さん記載欄 》

ふりがな　　平成　　年　　月　　日
患者氏名：＿＿＿＿＿＿　性別：　男・女
住所　：〒＿＿＿＿＿＿
電話　：（　　）　－
生年月日：明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日
（代理人記載の場合：代理人氏名＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿）
代理人：３親等以内の親族、配偶者、または成年後見人
（同意を撤回したい場合は、お申し出ください）

情報共有施設

同意書取得施設（情報提供施設）
施設名：＿＿＿＿＿＿
電話：（　　）　－　FAX：（　　）　－
説明担当者：＿＿＿＿＿＿　診療科：＿＿＿＿＿＿
同意取得施設の患者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿（貴施設の患者ＩＤを記載して下さい）
キビタン健康パスポート番号　070701-

連携希望施設名（参照施設）
施設名：＿＿＿＿＿＿
所在地：＿＿＿＿＿＿市・町・村　※同一施設名による間違い防止のため記載してください
参照施設の患者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿（参照施設にて記載してください）
参照施設は、自施設の患者 ID を上記に記載後、協議会へ FAX してください

【重要】
・コピーを一部患者さんへお渡しください。
・この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８
・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。
〒960-8036 福島市中町 4-22 福島県医師会館 1F　フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818
一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

様式５－１　記載例

青字　：　患者さんの記載項目

赤字　：　情報提供施設の記載項目

緑字　：　参照施設の記載項目

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式５－１

キビタン健康ネット　診療情報共有同意書
（情報提供施設からの紹介用）

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、下記の説明担当者からキビタン健康ネットに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解し、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

《 患者さん記載欄 》

平成○○年○○月○○日

ふりがな　かんじゃ　たろう

患者氏名：患者　太郎　（男）・女

住所　：〒963-0000　郡山市駅前１－２－３

電話　：（０２４　）×××－××××

生年月日：明治・大正・（昭和）・平成○○年○○月○○日

過去にこの同意書を記載したことがありますか。　：　（なし）・あり

（代理人記載の場合：代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿）

代理人：３親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

（同意を撤回したい場合は、お申し出ください）

情報共有施設

同意書取得施設（情報提供施設）

施設名：○○○病院

電話：（０２４）８８８－８８８８　FAX：（０２４）８８８－７７７７

説明担当者：○○　太郎　　診療科：内科

同意取得施設の患者ＩＤ：１２３４５　（貴施設の患者ＩＤを記載して下さい）

キビタン健康パスポート番号　070701-　５７２９０

右づめで記載してください

連携希望施設名（参照施設）

施設名：△△クリニック

所在地：郡山　（市）・町・村　※同一施設名による間違い防止のため記載してください

参照施設の患者ＩＤ：５６７８９　（参照施設にて記載してください）

参照施設は、自施設の患者 ID を上記に記載後、協議会へ FAX してください

【重要】

・コピーを一部患者さんへお渡しください。

・この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８

・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。

〒960-8036 福島市新町 4-22 福島県医師会館 1F　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ：0120-578-818　電話：024-525-8818

一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

（３）登録完了の連絡

登録完了後、情報提供施設より連携希望施設へ『連携ゲートウェイシステム登録完了通知（様式７）』をファックスします。この段階で連携希望施設は、診療情報の参照が可能となります。

患者さんの確認に時間がかかる場合がありますので、『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）（様式５－１）』を記載の際は、氏名、フリガナ、生年月日、性別を正確に記載して下さい。

様式７

情報提供施設用

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット
連携ゲートウェイシステム登録完了通知

診療情報参照施設

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

以下の患者さんに関して、連携ゲートウェイシステムへの登録を完了致しました。
キビタン健康ネットを利用し、患者さんの情報を閲覧する事が出来ます。

日　付：平成　　年　　月　　日

患者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

今後とも、よろしくお願いいたします。

登録施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所属部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番22号 福島県医師会館1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

（４）同意取得の注意点

① 代理取得

病状等により本人からの同意取得が困難な場合及び患者が未成年の場合に限り、３親等以内の親族、配偶者又は成年後見人のみの代理取得を認めています。

② 患者さん本人の診療録利用・参照

患者さん本人の診療録利用・参照については同意があっても利用できません。

（５）キビタン健康ネットの利用と同時に紹介を行う場合

各情報提供施設のルールに沿って紹介状を記載して頂き、『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）（様式５－１）』のコピーと紹介状を患者さんにお渡しし、紹介先の病院に持参して頂いて下さい。（紹介状については、紹介先の医療機関の運用に従って下さい。なお、紹介状等に連携ゲートウェイシステムで参照可能な旨を記載してお渡し下さい。）

『キビタン健康ネット診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）（様式５－１）』の原本は、協議会事務局にファックス送信(050-3730-0128)後、翌月の月初めに１ヶ月分をまとめて協議会事務局に郵送して下さい。

（６）診療情報共有の撤回

患者さんが以後の診療情報の共有を希望しない場合は、『キビタン健康ネット診療情報共有同意撤回届（情報提供施設からの紹介用）（様式６－１）』に患者さんの署名を頂き、コピーを渡して患者さんの控えとして下さい。

原本は、協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)後、翌月の月初めに１ヶ月分をまとめて協議会事務局に郵送して下さい。

協議会事務局にてファックス受信後に内容を確認し、情報提供施設にファックス送信します。情報提供施設は、連携ゲートウェイシステムの情報提供登録を削除して下さい。その後、同意撤回届を取得した施設宛に、『連携ゲートウェイシステム登録削除通知（様式８）』をファックス送信して下さい。

なお、患者さんが全ての同意撤回となる『退会確認書』に署名し、協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)した場合にも、診療情報の共有を中止できます。

また、撤回していない場合でも 13 ヶ月間診療情報の閲覧がない場合は、その患者さんに限り自動的に閲覧不可となります。再度閲覧を希望される場合は、患者さんから同意取得を行って下さい。

様式６－１

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　診療情報共有同意撤回届
（情報提供施設からの紹介用）

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

私は、下記の説明担当者から説明を受け下記医療施設においてキビタン健康ネットの診療情報共有に同意しておりましたが、同意を撤回します。

《　患者さん記載欄　》

ふりがな　　平成＿＿年＿＿月＿＿日

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女

住所　　：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　　：（　　）　　－

生年月日：明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日

（代理人記載の場合：代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿）

代理人：３親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

情報共有施設

同意書取得施設（情報提供病院）

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：（　　）　　－　　FAX：（　　）　　－

説明担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　所属部署：＿＿＿＿＿＿＿＿

キビタン健康パスポート番号　070701-　□□□□□□□□□□

※スペを記載してください

⇩

同意撤回施設名（紹介先）

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地：＿＿＿＿＿＿市・町・村　※同一施設名による間違い防止のため記載してください

【重要】
・コピーを一部患者さんへお渡しください。
・この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８
・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。

〒960-8036 福島市新町 4-22 福島県医師会館 1F　フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

様式８

情報提供病院用

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット
連携ゲートウェイシステム登録削除通知

診療情報共有同意撤回書取得施設

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

以下の患者さんに関して、連携ゲートウェイシステムへの登録を削除致しました。

日　　付：平成　　年　　月　　日

患者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

今後とも、宜しくお願いいたします。

登録施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ｆ Ａ Ｘ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町４番 22 号　福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

Ⅶ. 調剤・画像・地域連携パス情報の共有閲覧について

【重要】

キビタン健康パスポートを取得することで、調剤情報・画像情報・地域連携パス情報の共有、閲覧の同意となります。

薬局に提示することですべてのネットワーク利用施設で調剤情報閲覧が可能となる事を患者さんに必ず説明して下さい。薬局への提示がない場合、調剤情報は閲覧できません。

また、画像情報・地域連携パス情報の共有、閲覧については、情報共有する際に参加施設より説明がある旨を説明して下さい。

１．薬局への提示

キビタン健康ネットに参加する薬局毎に 1 回、キビタン健康パスポートを提示し、薬局のレセコンへイベント番号を登録して下さい。それぞれの薬局でイベント番号の登録が必要です。

２．医療機関への提示

画像情報を共有する場合、患者さんにキビタン健康パスポートを提示いただき、画像共有システムのアップロードの際に登録して下さい。登録の都度、キビタン健康パスポート番号が必要となります。

なお、地域連携パスシステムで情報共有する場合は、患者さんに提示いただき、参加の確認ができれば、システムへの登録の必要はありません。

３．情報閲覧の撤回

患者さんがキビタン健康ネット参加施設における、以後の調剤情報・画像情報・地域連携パス情報の共有、閲覧を希望しない場合は、『キビタン健康ネット情報同意撤回届（様式１０）』に患者さんの署名を頂き、コピーを渡して患者さんの控えとして下さい。

原本は、協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)後、翌月の月初めに 1 ヶ月分をまとめて協議会事務局に郵送して下さい。

協議会事務局にてファックス受信後に内容を確認し、当該患者の各種情報の共有、閲覧を停止します。その後、『キビタン健康ネット情報同意登録削除通知（様式１０－５）を同意撤回届取得施設へファックス送信します。

なお、患者さんが全ての同意撤回となる『退会確認書』に署名し、協議会事務局へファックス送信(050-3730-0128)した場合にも、調剤情報・画像情報・地域連携パス情報の共有、閲覧を中止できます。

様式１０

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット　情報同意撤回届

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長　殿

<< 患者さん記載欄 >>

よりがな　：　　令和　　年　　月　　日

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：男・女

住所　：〒＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　：（　　）　　－

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

※代理人記載の場合：代理人氏名＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿

代理人：3 親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

私は、以下における情報共有、閲覧の同意を撤回いたします。

☐ **調剤情報**（調剤薬局からアップロードされた調剤情報の共有、閲覧）

☐ **画像情報**（医療機関からアップロードされた画像情報の共有、閲覧）

☐ **地域連携パス**（医療機関毎の診療計画情報の共有、閲覧）

<< 同意書取得施設記載欄 >>

同意書取得施設：＿＿＿＿＿＿＿＿

電話：（　　）　　－　　FAX：（　　）　　－

説明担当者：＿＿＿＿＿＿　所属部署：＿＿＿＿＿＿

キビタン健康パスポート番号　070701－☐☐☐☐☐☐☐☐☐

【重要】
- コピーを一部患者さんへお渡しください。
- この同意書は協議会事務局へＦＡＸしてください。　**ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８**
- 原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。

〒960-8036 福島市新町 4-22 福島県医師会館 1F　フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛

様式１０－５

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット
情報同意登録削除通知

情報同意撤回届取得施設

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

以下における情報共有、閲覧のシステムへの登録を削除致しました。

☐ **調剤情報**（調剤薬局からアップロードされた調剤情報の共有、閲覧）

☐ **画像情報**（医療機関からアップロードされた画像情報の共有、閲覧）

☐ **地域連携パス**（医療機関毎の診療計画情報の共有、閲覧）

日　付：令和　　年　　月　　日

患者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

よろしくお願いいたします。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

【事務局】〒960-8036 福島県福島市新町 4 番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル：0120-578-818　電話：024-525-8818　FAX：050-3730-0128

Ⅷ. システム障害時の連絡方法と対処

システム障害情報は、随時キビタン健康ネットのポータルサイトの中でご報告します。

ソフトウェア障害の場合は電話対応にて行いますが、ネットワークの暗号化システム（ODVPN機器）の機器障害と判断された場合、協議会事務局までお問い合わせ下さい。専門業者に調査を依頼します。

各施設に導入したシステムに関する障害は、サービス提供者にお問い合わせ下さい。

保守・サポート等

（１）保守・サポート

協議会は、福島県医療福祉情報ネットワークの保守・サポートに関する窓口を設けています。このマニュアルの最終ページの協議会事務局に連絡して下さい。

（２）連絡先等の変更

前項の窓口の連絡先等が変更になった場合には、ただちにネットワーク利用施設に対して周知します。

（３）保守・サポートの対応時間

保守・サポートの対応時間は原則 9:00～17:00（土日、祝日、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）とします。

Ⅸ．診療情報保護（個人情報保護）について

１．権利の譲渡

利用施設及び利用者は、協議会の承諾なしに福島県医療福祉情報ネットワークを利用する権利について、全部又は一部を第三者に譲渡、移転してはならないものとします。

２．知的財産権の取扱い

（１）知的財産権

利用施設及び利用者は、福島県医療福祉情報ネットワークの利用において、利用する権利を協議会から得るものであり、個人情報を含む福島県医療福祉情報ネットワークに関する知的財産権を得るものではありません。

（２）紛争

利用施設及び利用者における福島県医療福祉情報ネットワークの利用において、第三者から知的財産権を侵害するとしてなんらかの訴え、疑義、請求等(以下、紛争と総称)がなされた場合、利用施設及び利用者はすみやかに紛争の事実を協議会に通知して下さい。協議会は利用施設及び利用者と協議の上、当該第三者との紛争を処理できるものとします。なお、利用施設及び利用者は、状況に応じて協議会に必要な権限を委譲するとともに、必要な協力を行って頂きます。

３．秘密保持

（１）協議会、利用施設及び利用者、サービス提供者は、秘密若しくは非公開である旨の表示がなされた上で提供された相手方の情報(以下、秘密情報という)を、第三者に対して開示、漏洩してはならないものとします。ただし、以下の項目のいずれかに該当する情報は秘密情報から除外します。

① 開示の時点ですでに公知のもの又は開示後に秘密情報を受領した当事者の責によらずして公知となったもの

② 情報提供依頼団体、情報利用団体及び協議会が開示を行った時点ですでに相手方が保有しているもの

③ 第三者から秘密保持義務を負うことなく正当に入手したもの

④ 相手方からの開示以降に開発、実装、取得したもので、相手方からの情報によらないもの

（２）前項にかかわらず、協議会は、法令の定めに基づいた権限のある官公署からの要求に対し秘密情報を、当該法令の定めに基づく開示先又は当該官公署に開示できるものとします。協議会は、関連法令に反しない限り、開示前に開示する旨を相手方に通知するものとし、開示前に通知できない場合は開示後すみやかに相手方に通知します。

（３）秘密情報の開示又は提供を受けた当事者は、当該秘密情報の管理に必要な措置を講じます。

（４）秘密情報の開示又は提供を受けた当事者は、当該秘密情報を、その利用目的の範囲内でのみ使用し、その目的の範囲内で複製することができるものとします。この場合、複製

についても本マニュアルに定める秘密情報として取り扱うものとします。

（５）秘密情報の開示又は提供を受けた当事者は、相手方の要請があったときは当該秘密情報及びその複製を破棄し、当該秘密情報の記録を残さないものとします。

（６）サービス提供者が、福島県医療福祉情報ネットワークと連携する事実のみを自らの広報活動や事業活動に正当に利用する場合は、協議会はその活動を妨げません。

４．個人情報の保護

サービス提供者又は協議会、利用施設及び利用者、運用保守事業者及び関連者が入手した個人情報の取り扱いは「個人情報の保護に関する法律」(平成 15 年法律第 57 号)及び関連法規に則り取り扱うものとします。また、これを厳に秘密として扱い、協議会と利用施設及び利用者の契約が解約された場合、サービス提供者と協議会が連携を中止した場合、サービス提供者又は協議会の運用が停止された場合などいかなる場合でも期限を設けず、その秘密保持義務は継続するものとします。

【重要】診療情報は政府の個人情報の取り扱いの中でもっとも厳重に保護すべき情報の一つと認識されています。

診療情報の共有は適切な連携により無駄のない高品質医療の提供に大いなる力を発揮しますが、その反面多量の重大情報が容易で迅速に流失する危険性があることは昨今の官民問わない顧客情報流失事件が証明しています。

ただし、これらの情報流失事件においては外部からの不正アクセスやコンピューター上の不備、不具合を狙ったものではなく利用者のモラル欠如による流失がほとんどです。

キビタン健康ネットにおいては情報流失を防止する可能な限りの仕組みは導入していますが、人が利用する以上完全なものは存在しません。システムを利用する上では、今まで以上に大切な個人情報を扱っている認識を常に新たにしておくことが必要です。

５．情報漏洩時の対応

協議会、利用施設及び利用者、サービス提供者、運用保守事業者等は、秘密情報漏洩の事実を知った場合は、すみやかに相手方に通知するとともに、対応策について協議するものとします。

６．利用者の制限等

（１）利用者の制限

利用者は利用者ＩＤ、パスワードを付与された者のみとし、第三者への漏洩、利用許諾、貸与、譲渡、名義変更、売買、その他の担保に供するなどの行為をしてはならないものとします。複数必要な場合は必要な人数分を申請して下さい。

また、登録帳票集「利用者ＩＤ申請書」（様式３）にて申請した情報に、内容の変更が生じた場合は、登録帳票集「利用者ＩＤ情報変更申請書」（様式３－１）を協議会に提出して下さい。詳細は、Ⅲ ４．登録情報の変更ページをご確認下さい。

すべてのアクセス内容はシステム上で記録されます。利用者ＩＤの管理を適正に行うことで不正アクセスの防止が可能です。

（２）パスワードの更新

パスワードは、90 日ごとに変更が必要です。ポータルサイト画面上に期限の 14 日前よりパスワード変更を促すアラートが表示されます。

前回と同じパスワードは設定できません。（パスワードは半角英数字 8 文字以上 24 文字以内）

万一パスワード変更を忘れ 90 日が経た場合は、システムの利用ができなくなります。ポータルサイトにログインしようとすると自動でパスワード変更の画面に切り替わりますので、パスワードの変更を行って下さい。

（３）パスワードの再発行

パスワードを失効した際には、理由書を添えて協議会事務局にパスワードの再発行を申請して下さい。新規パスワードをご案内します。

（４）ログアウトの徹底

閲覧が終了したらその場ですぐにログアウトして下さい。ログインしたままでは簡単に他人が閲覧可能となり意図しない不正アクセスが発生します。

（５）診療情報再利用の禁止

印刷して患者さんへ渡すことを禁止します。

患者さんが希望する際には情報提供施設に依頼するようご説明下さい。

（６）不正利用時の対応

協議会は、悪質な不正利用が確認された際には理事会にて協議の上、利用者ＩＤを剥奪し以後再登録を行いません。

７．免責

協議会が利用施設及び利用者に供する医療・患者情報については、利用施設である情報提供施設からの情報に基づくため、その正確性、最新性、特定目的への適合性、特定結果の実現性について、協議会はいかなる保証も行いません。

８．準拠法

本マニュアルの効力、解釈及び履行については、日本国の法令に準拠するものとします。

９．協議

本マニュアルに定めのない事項又は本マニュアルの履行について疑義が生じた場合は、サービス提供者及び協議会は誠意をもって協議し、円満解決を図るものとします。

X．帳票一覧（入手方法）

帳票名	入手方法
参加確認書	協議会より各施設に送付
退会確認書	ホームページ・ポータルサイト
様式１　施設入会申請書	ホームページ・ポータルサイト
様式１－１　施設入会情報変更申請書	ホームページ・ポータルサイト
様式２　施設退会申請書	ホームページ・ポータルサイト
様式３　利用者ＩＤ申請書	ホームページ・ポータルサイト
様式３－１　利用者ＩＤ情報変更申請書	ホームページ・ポータルサイト
様式４　利用者ＩＤ抹消申請書	ホームページ・ポータルサイト
様式５　診療情報共有同意書	ホームページ・ポータルサイト
様式５－１　診療情報共有同意書（情報提供施設からの紹介用）	ホームページ・ポータルサイト
様式６　診療情報共有同意撤回届	ホームページ・ポータルサイト
様式６－１　診療情報共有同意撤回届（情報提供施設からの紹介用）	ホームページ・ポータルサイト
様式７　連携ゲートウェイシステム登録完了通知	ホームページ
様式８　連携ゲートウェイシステム登録削除通知	ホームページ
様式１０　情報同意撤回届	ホームページ・ポータルサイト
様式１０－５　情報同意登録削除通知	
様式１１　施設入会完了通知書	
様式１１－１　施設入会情報変更登録完了通知書	
様式１２　施設退会完了通知書	
様式１３　利用者ＩＤ登録完了通知書	
様式１３－１　利用者ＩＤ情報変更登録完了通知書	
様式１４　利用者ＩＤ抹消完了通知書	
キビタン健康ネットのご説明等各種リーフレット、ポスター	協議会より各施設に送付 ホームページ・ポータルサイト

Ⅺ. 手続きの索引

・医療機関・介護機関等が協議会に参加するには
　　利用施設及び利用者の入会方法（６ページ）

・利用者ＩＤ及びパスワードの運用について
　　利用者ＩＤ及びパスワードの運用（１１ページ）

・患者さんに「キビタン健康パスポート」を渡す時は
　　キビタン健康パスポートの運用（２０ページ）

・情報提供施設の診療情報を参照する時は
　　診療情報の参照について（２８ページ）

・情報提供施設が参照施設へ診療情報を公開する時は
　　診療情報の参照について（３３ページ）

・薬局の調剤情報を参照する時は
　　調剤情報の参照について（３８ページ）

・各種手続きに必要な帳票の入手先は
　　帳票一覧（４４ページ）

	発行日	変更内容
Ver1.0	2015 年 10 月 1 日	利用者マニュアル初版
Ver1.26	2016 年 9 月 1 日	同意書における代理人記載要件変更（「2 親等以内の親族若しくは配偶者」の部分を、「3 親等以内の親族、配偶者若しくは成年後見人」へ変更） 診療情報共有同意書（情報提供病院からの紹介用）様式 5-1 を追加
Ver1.27	2017 年 6 月 1 日	診療情報共有･調剤情報閲覧同意書（全医療圏）様式 5-2 を追加
Ver1.28	2017 年 12 月 11 日	郡山事務所閉鎖により記述削除
Ver2.0	2018 年 2 月 1 日	記述見直し
Ver2.1	2019 年 1 月 4 日	退会確認書、診療情報共有･調剤情報閲覧同意撤回届（全医療圏）様式 6-2 を追加
Ver3.0	2019 年 4 月 1 日	調剤情報閲覧同意について、キビタン健康パスポート取得により同意したこととする運用約款変更に伴う変更
Ver3.1	2020 年 4 月 1 日	画像情報共有システム及び地域連携パスシステム開始による運用約款変更に伴う変更 疾病管理システム停止によるマニュアル削除
Ver3.2	2022 年 12 月 1 日	記述見直し

協議会事務局

〒960-8036　福島市新町 4 番 22 号（福島県医師会館 1F）
電話　024-525-8818
ファックス　050-3730-0128（024-525-8820）
ＵＲＬ　http://www.kibitan-k.net/
Ｅメール　info@kibitan-k.net