

患者追加同意について



追加患者登録について

令和5年2月15日以前にはち丸ネットワークに新規登録した患者について、名古屋市医師会が名古屋市より取得し、参加施設間で共有される患者情報（名古屋市国民健康保険、後期高齢者医療保険、介護保険に関する情報）の取り扱いに同意いただけていない場合は、改めて追加同意を取得してください。

1. 追加同意書と患者説明書のダウンロード	様式2（はち丸ネットワーク 参加同意書（追加同意・変更用））と様式2別紙（登録説明書）を、はち丸ネットワークホームページからダウンロードしてください。
2. 患者同意の取得	様式2別紙に沿って、はち丸ネットワークの趣旨をご説明いただき、患者から様式2に基づき同意を取得してください。
3. 患者同意書の提出	患者から取得した様式2は、はち丸在宅支援センターへご提出ください。

はち丸ネットワークのホームページへアクセス
<https://ehr.hachimaru-net.nagoya/>

The screenshot shows the homepage of the Hachimaru Network. At the top left is the logo for '医療・介護連携ネットワーク はち丸ネットワーク' (Medical and Nursing Collaboration Network Hachimaru Network). To the right are buttons for 'ポータルへログイン' (Login to Portal) and 'はち丸ネットワーク活用支援' (Support for Hachimaru Network Utilization). Below these is a navigation menu with items: 'ホーム' (Home), 'ご挨拶・組織構成' (Greetings/Organization), 'はち丸ネットワークについて' (About Hachimaru Network), '利用手順' (Usage Instructions), '各種様式' (Various Forms), 'サポート窓口' (Support Window), and '登録施設一覧' (List of Registered Facilities). A red box highlights the '各種様式' link. Below the navigation is a large banner with a cityscape illustration and the text '医療・介護を結ぶネットワーク はち丸ネットワーク'. A red callout bubble points to the banner with the text '各種様式をクリック' (Click on Various Forms). At the bottom right, a statistics box displays: '参加施設数 1,262施設' (Number of Participating Facilities: 1,262), '利用者数 3,084名' (Number of Users: 3,084), and '登録患者数 79,417名' (Number of Registered Patients: 79,417). A cartoon character is visible at the bottom center.

患者様の参加同意・参加撤回に関する様式について

様式2 はち丸ネットワーク参加同意書（追加・変更用）をクリック

様式2 はち丸ネットワーク参加同意書（追加・変更用）

様式2別紙 はち丸ネットワーク 参加同意書（追加同意・変更用） 登録説明書

患者様への説明用資料は様式2別紙をご使用ください。

追加患者登録について

様式2
はち丸ネットワーク 参加同意書（追加同意・変更用）

名古屋市長 殿
一般社団法人名古屋市医師会 殿

私は、はち丸ネットワークに関する説明を理解し、その目的に賛同しましたので、私の医療・介護・健診情報に関して、国民健康保険及び後期高齢者医療保険のレセプト・健診情報、介護保険情報を名古屋市医師会が名古屋市より取得し、はち丸ネットワーク参加事業者が所有する情報を高め、参加事業者間で共有されることを同意します。また、登録情報に変更が発生した場合も継続的に同意します。※はち丸ネットワークの詳細は登録説明書をご確認ください。

【本人記入欄】 同意日 年 月 日

本人の名前（必須）：
 （代筆した方の名前・本人との続柄を記入）
 代筆者の名前：（本人との続柄：）
 （法定代理人（成年後見人等）が同意する場合のみ記入）
 法定代理人の名前：（本人との続柄：）

【本人情報欄】登録患者と突合できる情報を可能な範囲でご記入ください（本人以外の記入も可）。

フリガナ	性別	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
氏名	電話番号	()
生年月日	<input type="radio"/> 明・ <input type="radio"/> 大・ <input type="radio"/> 昭・ <input type="radio"/> 平・ <input type="radio"/> 令	年 月 日
現住所	〒 -	
緊急連絡先	フリガナ	本
	氏名	電話番号 ()

はち丸患者 ID 2 3 1

▼下記については該当する方のみご記入ください。

名古屋市国民健康保険 被保険者番号

後期高齢者医療保険 被保険者番号

介護保険 被保険者番号

【受付施設記入欄】本書をはち丸在宅支援センターへご提出ください（原本以外の提出も可）。

受付施設名	(スタンプでも可)
施設住所	
電話番号	
受付者名	

・記載内容等について、一般社団法人名古屋市医師会（事務局）から確認のお電話をすることがあります。
 ・この様式は既にはち丸ネットワーク参加済の方に対する追加同意・変更用のため、新規ではち丸ネットワークに参加をご希望される場合、新規用の同意書を取り寄せの上、お申し込みください。

(事務局記入欄) 受理： 年 月 日 受理印

Ver 1.0

郵送、持参、FAX、メール等

はち丸在宅支援センター

必要事項を記入の上、
はち丸在宅支援センターへご提出ください。