

南大阪 MOCO ネットにご参加頂いている施設の皆様へ

平素は、南大阪 MOCO ネットにご参加いただきありがとうございます。

この度、当センターでは2023年4月に「令和3年度改正個人情報保護法」が施行されたことを受け、医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイダンスに準じ、当システム利用時の説明及び同意取得の方法を変更させていただきます。

つきましては、当システムを通じて当センターの診療記録を閲覧される際は、貴施設で患者様へ診療記録の閲覧に関する説明および同意の取得をお願いいたします。

なお、説明および同意取得時の説明書ならびに同意書の書式につきましては、次ページ以降にご用意しておりますので、ご活用ください。また、この文書をご使用の際は、下記の要領をご確認のうえ、ご対応頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

この様式には、以下の5種類が含まれています。それぞれの様式で取り扱い方法が異なりますので、別紙「様式の取り扱いについて」をご確認ください。

- ① 地域診療情報連携システム利用についての説明書 … 6枚
※ 説明書は用途別に同じ内容ものが2部(3×2の合計6枚)用意されています。
- ② 地域診療情報連携システム利用についての同意書 … 1枚
- ③ 診療情報公開依頼書 … 1枚
- ④ 地域診療情報連携システム利用についての同意書撤回書 … 1枚
- ⑤ 診療情報公開停止依頼書 … 1枚

以上

南大阪 MOCO ネットに関する問い合わせ先

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 患者支援センター

住 所 : 大阪府和泉市室堂町 840

電 話 : 0725-56-7355(直通)

ホームページ : <https://www.wch.opho.jp/center/activities/moconet.html>

大阪母子医療センター > センターの取り組み >

地域診療情報連携システム 南大阪 MOCO ネット

様式の取り扱いについて

〒594-1101

大阪府和泉市室堂町 840

地方独立行政法人 大阪府立病院機構

大阪母子医療センター 患者支援センター

南大阪 MOCO ネット 担当 宛

※郵送の際にご使用ください

■ 閲覧を開始するとき

① 地域診療情報連携システム利用についての説明書

※ 説明書は用途別に同じ内容ものが2部(3×2の合計6枚)用意されています。

- 患者さま用 ➡ 患者さまへお渡しください。
- 施設保管用 ➡ 自施設での保管用にご使用ください。

② 地域診療情報連携システム利用についての同意書

※ 同意書は複写を2部をご用意ください。

- 原本 ➡ 自施設で保管してください。
- 写し ➡ 1部は、患者さまへお渡しください。

もう1部は、③の診療情報公開依頼書に添えて、大阪母子医療センターまでご郵送ください。

③ 診療情報公開依頼書 … この書類は、各施設でご記入ください。

患者さまより「同意書」が提出された際に、②の同意書の写しを添えて大阪母子医療センターまでご郵送ください。

■ 閲覧を中止するとき

④ 地域診療情報連携システム利用についての同意書撤回書 … 説明時に患者さまへお渡しください。

※ 患者さまより、同意撤回書が提出されたときは、複写を2部をご用意ください。

- 原本 ➡ 自施設で保管してください。
- 写し ➡ 1部は、患者さまへお渡しください。

もう1部は、⑤の診療情報公開停止依頼書に添えて、大阪母子医療センターまでご郵送ください。

⑤ 診療情報公開停止依頼書 … この書類は、各施設でご記入ください。

患者さまより「同意撤回書」が提出された際に、④の同意撤回書の写しを添えて大阪母子医療センターまでご郵送ください。

各書類の送付先

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町 840

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター

患者支援センター 南大阪 MOCO ネット 担当

大阪母子医療センター地域診療情報連携システム利用についての説明書

当施設は、大阪府立病院機構大阪母子医療センターが運用する地域診療情報連携システム「南大阪 MOCO ネット」の参加施設です。当施設で患者さまの診療に従事する者（以下、当施設と略す）が、南大阪 MOCO ネットを利用し大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することで、円滑な治療を受けることが期待できます。

以下の説明内容をご確認いただき、当施設が大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することに同意いただける場合は、別紙の同意書にご署名をお願いします。

● 患者さまのメリット

当施設が患者さまの大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することで、大阪母子医療センターで行った検査や放射線画像、処方の内容などが確認でき、重複した薬の処方や検査の実施を防ぐことにつながり、安全で質の高い診療を切れ目なく受けることが期待できます。

● 個人情報の安全確保

この説明および同意の取得によって大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することができるのは、当施設に限定され、他の南大阪 MOCO ネットに参加するすべての施設において閲覧できるようにするものではありません。

閲覧できる診療情報は、大阪母子医療センターにより、今後の医療の提供に必要な範囲内に限定されています。詳しくは、別紙「利用機関別の閲覧可能項目一覧」をご覧ください。

また、このシステムはインターネット回線を利用しますが、大阪母子医療センターにより、厚生労働省が定める基準に準じ厳格に情報は保護されています。

● 閲覧の中止

当施設が、大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することは、あくまでも患者さまの同意によるものであり、不都合を感じた場合はいつでも中止することができます。

また、途中で当施設の閲覧を中止された場合でも、今後の診療に不利益が生じることはありません。

当施設の閲覧を中止したい場合は、別紙『システム同意撤回書（様式 2）』をご記入のうえ、当施設までご提出ください。

● 南大阪 MOCO ネットシステムに関する問い合わせ先

大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 患者支援センター

住所：大阪府和泉市室堂町 840

電話：0725-56-7355（直通）

患者さま用

大阪母子医療センター

ホームページ : <https://www.wch.opho.jp/center/activities/moconet.html>

大阪母子医療センター > センターの取り組み >
地域診療情報連携システム 南大阪 MOCO ネット



● 最後に

当施設が、南大阪 MOCO ネットにより大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することは、患者さまの自由意思によるものです。同意いただけなかった場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

また、このシステムを使用することについて、患者さまの費用負担はありません。

患者さま用

利用機関別の閲覧可能項目一覧

(○ 閲覧可、× 閲覧不可)

項目	内容	病院 診療所 歯科診療所	訪問看護 ステーション	薬局	保健所
患者属性	患者ID、氏名、性別、生年月日、住所他	○	○	○	○
紹介医	紹介元医療機関、紹介医	○	○	○	○
アレルギー	食事アレルギー情報、薬剤アレルギー情報	○	○	○	○
感染症	疾患情報、感染症の検査結果など	○	○	○	○
血液型、輸血に関する情報	血液型検査、不規則抗体検査、輸血歴、輸血副作用記録	○	○	○	○
病歴	既往歴、既往病名、その他	○	○	○	○
身体計測	身長、体重、その他の身体計測値	○	○	○	○
バイタルサイン	血圧、心拍数、体温、呼吸数、尿量	○	○	○	×
診療経過	医師の経過記録、看護師の経過記録	○	×	×	×
退院時要約	医師の退院時要約、看護師の退院時要約	○	○	○	○
病名	病名	○	○	○	○
入退院情報	入退院記録	○	○	○	○
検査	検体検査、細菌検査、生理検査、病理検査	○	○	○	×
画像診断	放射線画像、放射線読影レポート、エコー読影レポート	○	×	×	×
処方	内服薬の処方、外用薬の処方、注射薬の処方、持参薬の処方	○	○	○	○
手術治療に関する情報	手術記録	○	×	×	×
放射線治療に関する情報	放射線照射に関する記録	○	×	×	×
リハビリテーション	理学療法士記録、作業療法士記録	○	×	×	×
食事療法・栄養指導	食事の記録、栄養指導の記録	○	×	×	×
褥瘡情報	褥瘡の評価、褥瘡治療の記録	○	×	×	×

大阪母子医療センター地域診療情報連携システム利用についての説明書

当施設は、大阪府立病院機構大阪母子医療センターが運用する地域診療情報連携システム「南大阪 MOCO ネット」の参加施設です。当施設で患者さまの診療に従事する者（以下、当施設と略す）が、南大阪 MOCO ネットを利用し大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することで、円滑な治療を受けることが期待できます。

以下の説明内容をご確認いただき、当施設が大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することに同意いただける場合は、別紙の同意書にご署名をお願いします。

● 患者さまのメリット

当施設が患者さまの大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することで、大阪母子医療センターで行った検査や放射線画像、処方の内容などが確認でき、重複した薬の処方や検査の実施を防ぐことにつながり、安全で質の高い診療を切れ目なく受けることが期待できます。

● 個人情報の安全確保

この説明および同意の取得によって大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することができるのは、当施設に限定され、他の南大阪 MOCO ネットに参加するすべての施設において閲覧できるようにするものではありません。

閲覧できる診療情報は、大阪母子医療センターにより、今後の医療の提供に必要な範囲内に限定されています。詳しくは、別紙「利用機関別の閲覧可能項目一覧」をご覧ください。

また、このシステムはインターネット回線を利用しますが、大阪母子医療センターにより、厚生労働省が定める基準に準じ厳格に情報は保護されています。

● 閲覧の中止

当施設が、大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することは、あくまでも患者さまの同意によるものであり、不都合を感じた場合はいつでも中止することができます。

また、途中で当施設の閲覧を中止された場合でも、今後の診療に不利益が生じることはありません。

当施設の閲覧を中止したい場合は、別紙『システム同意撤回書（様式2）』をご記入のうえ、当施設までご提出ください。

● 南大阪 MOCO ネットシステムに関する問い合わせ先

大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 患者支援センター

住所：大阪府和泉市室堂町 840

電話：0725-56-7355（直通）

施設保管用

大阪母子医療センター

ホームページ : <https://www.wch.opho.jp/center/activities/moconet.html>

大阪母子医療センター > センターの取り組み >

地域診療情報連携システム 南大阪 MOCO ネット

- 最後に

当施設が、南大阪 MOCO ネットにより大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することは、患者さまの自由意思によるものです。同意いただけなかった場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

また、このシステムを使用することについて、患者さまの費用負担はありません。

施設保管用

利用機関別の閲覧可能項目一覧

(○ 閲覧可、× 閲覧不可)

項目	内容	病院 診療所 歯科診療所	訪問看護 ステーション	薬局	保健所
患者属性	患者ID、氏名、性別、生年月日、住所他	○	○	○	○
紹介医	紹介元医療機関、紹介医	○	○	○	○
アレルギー	食事アレルギー情報、薬剤アレルギー情報	○	○	○	○
感染症	疾患情報、感染症の検査結果など	○	○	○	○
血液型、輸血に関する情報	血液型検査、不規則抗体検査、輸血歴、輸血副作用記録	○	○	○	○
病歴	既往歴、既往病名、その他	○	○	○	○
身体計測	身長、体重、その他の身体計測値	○	○	○	○
バイタルサイン	血圧、心拍数、体温、呼吸数、尿量	○	○	○	×
診療経過	医師の経過記録、看護師の経過記録	○	×	×	×
退院時要約	医師の退院時要約、看護師の退院時要約	○	○	○	○
病名	病名	○	○	○	○
入退院情報	入退院記録	○	○	○	○
検査	検体検査、細菌検査、生理検査、病理検査	○	○	○	×
画像診断	放射線画像、放射線読影レポート、エコー読影レポート	○	×	×	×
処方	内服薬の処方、外用薬の処方、注射薬の処方、持参薬の処方	○	○	○	○
手術治療に関する情報	手術記録	○	×	×	×
放射線治療に関する情報	放射線照射に関する記録	○	×	×	×
リハビリテーション	理学療法士記録、作業療法士記録	○	×	×	×
食事療法・栄養指導	食事の記録、栄養指導の記録	○	×	×	×
褥瘡情報	褥瘡の評価、褥瘡治療の記録	○	×	×	×

大阪母子医療センター地域診療情報連携システム利用についての同意書

私は、【 地域診療情報連携システム利用についての説明書 】 に基づき南大阪 MOCO ネット
を利用し、大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することについて説明しました。

説 明 年 月 日	年 月 日
施 設 名	
説 明 者	※ご署名ください

施設長

私は、上記の説明者より、「地域診療情報連携システム」を通じて大阪母子医療センターの診療情報
を閲覧することについて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
解しましたので、貴施設で私の診療に従事する者が、私の大阪母子医療センターの診療情報を閲覧
することに同意します。

同 意 年 月 日	年 月 日
患 者 氏 名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日
代 理 人 署 名	(続柄：)

※自署にてご記入ください。

大阪母子医療センター

地域診療情報連携システム利用についての同意撤回書

(閲覧施設)

施設長

私は、貴施設が、大阪母子医療センターが運用する地域診療情報連携システムを通じて大阪母子医療センターの診療情報を閲覧することに同意をしておりましたが、同意を撤回します。

同意撤回日	年 月 日		
患者ふりがな			
患者氏名		男・女	旧姓
生年月日	年 月 日		
代理人記載の場合	代理人氏名 (続柄：)		

※ 自署をお願いします。

※ ご提出されました「同意撤回書」は、原本を当施設で保管するとともに、写しを大阪母子医療センターへ送付します。

----- 以下、閲覧施設記入欄 -----

受付日： 年 月 日

