

あらかじめ登録しておくことで、もしもの救急搬送時に役立っています。また、介護・治療が必要になっても、あなたを支える関係者が情報を共有することで、適切な治療やケアに役立っています。

フェニックスネットの活用例

元気で健康な人も・お子様も



介護・治療が必要になっても



個人情報の安全確保

このシステムでは、登録された方の情報を守るために、次のような対策を講じています。

- (1) このシステムは、国の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(厚労省)に基づき、外部からの不正な侵入に対して厳格に情報を保護しています。
- (2) 医療機関・事業所より登録された情報は、システムのデータセンター(クラウドサーバー)に安全に保管されます。
- (3) システム運用管理者の承認を得た医療機関・事業所が情報を見ることができます。(登録された方の情報は、その方に関わる機関のみが見ることができます。)

フェニックスネットで情報を活用するために

●同意書を提出ください

あなたの情報を活用するためには、フェニックスネットに参加している医療機関・介護事業所等に「フェニックスネットに関する同意書」を提出いただく必要があります。

右ページの「フェニックスネットに関する同意書」・「基本情報シート(裏面)」を切り離し、記入のうえ提出してください。氏名の漢字や読み方の確認のため、保険証等を確認させていただく場合があります。

●同意を撤回したいときは

同意書を提出いただいた場合であっても、いつでも同意を撤回することができますので、お申し出ください。

●最後に

このシステムへの情報の登録は、あなたの自由な意思によります。もし同意されなかった場合や途中で参加を取りやめた場合でも、今後の診療を受ける上で何ら不利益を被ることはありません。

フェニックスネットに関する同意書

フェニックスネットワーク協議会長 様

私は、下記の担当者からフェニックスネットに関する説明を受け、その目的及び使用方法などを理解しましたので、地域包括ケアにおける包括的支援において、フェニックスネットに参加する医療・介護機関に、私の医療・介護情報が活用されることに同意します。

<利用者(患者)さん記載欄>

記入日：.....年 月 日

ふりがな：.....

氏 名：..... (自署または押印)

生年月日：大正・昭和.....年 月 日
平成・令和

性 別： 男・女

<説明担当者>

機 関 名：

氏 名：

電話番号：

FAX 番号：

<医療機関・事業所使用欄>

書類取扱者の方へ

- * <説明担当者>を記載して、写しを利用者(患者)さんに本人用控えとしてお渡しください。
- * 医療機関・薬局は、自機関の「患者ID」を記載してください。

患者ID _____

*下記のチェック欄にチェックして、フェニックスネットワーク協議会事務局にご提出ください。

- 自機関の利用者(患者) → 自機関のシール貼り付け
- 自機関の利用者(患者)以外 → シール番号「0-0」貼り付け

〒940-2101

長岡市寺島町653番地 長岡市医師会館内

フェニックスネットワーク協議会事務局

TEL：0258-22-5610

基本情報シート

基本情報

		記入日： 年 月 日		
ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
		性別	男 ・ 女	
住所	〒 —			
電話番号	自宅 () —	携帯 () —		

緊急連絡先

※もしもの時に、連絡が取れる方をご記入ください。

氏名	電話(連絡が取れるよう複数ご記入ください)	お住まい
[本人との関係：]	自宅 () —	長岡市内
	携帯 () —	長岡市外 ()
	職場 () —	[]
[本人との関係：]	自宅 () —	長岡市内
	携帯 () —	長岡市外 ()
	職場 () —	[]

～以下については、ご記入できるところのみで結構です。～

二次救急病院の診察券情報

※診察券をお持ちの方は診察券番号をご記入ください。

長岡赤十字病院	長岡中央総合病院	立川総合病院

健康状態

かかりつけ医療機関名	病 名	薬 局

その他、救急隊や医師などに伝えたいこと（アレルギー等、気をつけること）

お子様のアレルギーなどを確認できる書類（診断書、検査結果、母子手帳等）を登録することもできます。
登録を希望される場合は、写しをお持ちください。