

豊川市民病院  
地域連携登録医制度  
ガイドブック



## 目次

1	豊川市民病院地域連携登録医制度について	… 1
2	登録医が利用できる制度や施設など	… 1
3	登録医となるための手続き	… 2
4	豊川市民病院内施設の共同利用について	
	（1）図書室の利用について	… 3
	（2）講堂の利用について	… 4
5	豊川市民病院地域医療連携システムについて	… 6
	各種様式	… 10～

## 1 豊川市民病院地域連携医登録制度について

豊川市民病院は、地域の医師及び歯科医師の皆様との役割分担と連携強化により、質の高い医療を効率的に提供する地域完結型医療を推進するため、「地域連携登録医制度」を設けています。

「豊川市民病院地域連携登録医（以下「登録医」と呼びます。）」となりますと、豊川市民病院の様々な制度や施設等をご利用いただくことができます。

## 2 登録医が利用できる制度や施設など

- 紹介による受診予約又は検査予約をお受けします。

※手続きの詳細は、別に定める「豊川市民病院紹介受診マニュアル」をご覧ください（マニュアルは当院のホームページよりご確認ください）。

- 豊川市民病院の各種情報をお届けします。
  - ・ 豊川市民病院で行われる研修会や症例検討会のご案内
  - ・ 豊川市民病院の広報誌
  - ・ 紹介患者を担当する医師の一覧

- 豊川市民病院の施設を利用できます。
  - ・ 図書室
  - ・ 講堂

詳細は「豊川市民病院内施設の共同利用について」（3ページ）へ

- 豊川市民病院での診療内容（画像や検査結果等）を、登録医の医療機関のパソコンから閲覧できます。

※希望する登録医のみ利用できます。

※利用には別途手続きが必要です。

詳細は「豊川市民病院地域医療連携システムについて」（6ページ）へ

- 登録医の情報を、豊川市民病院内やホームページ等で発信します。



### 3 登録医となるための手続き

#### (1) 対象者

- ・保険医療機関の医師であることが必要です。

#### (2) 登録の手順

#### 推薦方式：「豊川市医師会会員」、「豊川市歯科医師会会員」、「蒲都市医師会会員」 及び「新城市医師会会員」の場合

所属する会からの推薦に基づき認定します。

- ①所属する各会へ、登録医となる希望を伝えてください。各会から豊川市民病院に推薦書が提出されます。
- ②豊川市民病院長は、各会からの推薦に基づき登録医と認定し、「豊川市民病院地域連携登録医認定証」を交付します。

※上記会員が所属する医療機関に在籍する非会員の医師は、次の「申請方式」による手続きとなりますのでご注意ください。

#### 申請方式：「豊橋市医師会会員」始め、上記会員以外の場合

豊川市民病院に直接申請が必要です。

- ①「**地域連携登録医申請書**」(資料1)を豊川市民病院へご提出ください。申請書の提出先は、豊川市民病院地域連携センターです。  
なお、何れの医師会にも所属していない医師については**医師免許証の写し**の添付が必要です。
- ②豊川市民病院長が適当と認める場合、登録医と認定し、「豊川市民病院地域連携登録医認定証」を交付します。

#### (3) 登録医の有効期間

- ・登録医の有効期間は、認定日の属する年度の末日(3月31日)までです。
- ・登録医及び豊川市民病院双方に異議がなければ、以後1年毎に自動更新となります。
- ・登録医として豊川市民病院が不適切と判断した場合、有効期限の満了を待たず登録医の認定を取り消すことがあります。

#### (4) 登録内容の変更等

登録内容に変更があった場合、又は登録医を辞退する場合、「**地域連携登録医(変更・辞退)届出書**」(資料2)を提出してください。  
届出書の提出先は、豊川市民病院地域連携センターです。



## 4 豊川市民病院内施設の共同利用について

### (1) 図書室の利用について

#### ①利用できる方

- ・登録医
- ・登録医が在籍する医療機関の職員

#### ②利用可能な時間

9時00分から17時00分まで（土曜日、日曜日、祝日、年末年始を除きます。）

#### ③利用できる内容

- ・医学専門書、医学雑誌の閲覧
- ・図書室備え付けのパソコンより、医療情報の検索サイトの閲覧  
だけです。（医中誌Web／Up to Date／Clinical Key／今日の診療）  
※図書の貸し出し、及び電子カルテの閲覧は出来ません。

#### ④利用方法

- ・事前の申し込みは不要です。
- ・利用の際は、受付けをしますので、地域連携センター（豊川市民病院2階）へお越しください
- ・受付けの時に、登録医の在籍する医療機関の方であることが分かるもの（名札や名刺など）をご提示ください。
- ・受付けをした後、図書室へご案内します。

#### ⑤その他

- ・施設利用中は、当院が用意する“立入許可証”をご着用いただきます。
- ・コピー機、プリンターを利用した場合、1枚につき10円が必要です。
- ・お帰りの際、簡単な利用報告をしていただきます。
- ・当院駐車場をご利用の場合は、無料の手続きをします。



## (2) 講堂の利用について

### ①利用できる方

- ・登録医
- ・登録医が在籍する医療機関の職員

### ②利用可能な時間

9時00分から17時00分まで（土曜日、日曜日、祝日、年末年始を除きます。）

※これ以外の時間に利用を希望する場合はご相談ください。

### ③利用目的

- ・医療にかかわる内容であれば、講習会・勉強会・各種会議など幅広くお使いください。
- ・営利目的での利用はできません。

### ④利用できる設備の内容

- ・講堂1（机16、椅子48、音響設備、プロジェクター、スクリーン）
- ・講堂2（机12、椅子36）
- ・講堂3（机12、椅子36）

※隣り合う講堂をつなげて1室として利用も可能です。

### ⑤利用の申し込み

- ・事前に地域連携センターまでご連絡ください。空き状況を確認します。  
電話：0533-86-1111（内線2534）
- ・「豊川市民病院登録医等施設利用申請書」（資料3）を記入し、利用希望の2週間前までに「地域連携センター」へ提出してください。
- ・利用可能な場合、「豊川市民病院登録医等施設利用許可書」を発行します。  
（豊川市民病院の行事により、ご希望どおり利用できない場合があります。）

### ⑥利用方法

- ・利用当日、受付けをしますので、「豊川市民病院登録医等施設利用申請書」に記載した「利用責任者」は地域連携センター（豊川市民病院2階）へお越しください。
- ・受付けの際は、「豊川市民病院登録医等施設利用許可書」をご提示ください。
- ・受付け後、講堂へ案内します。



⑦その他

- 利用時間には、会場準備、片付け時間を含みます。
- 会場準備、片付けは利用者でお願いします。
- 施設利用中は、利用責任者は、当院が用意する“立入許可証”をご着用いただきます。事業に従事する方も同様にご着用いただきます。
- 利用責任者は、お帰りの際、簡単な利用報告をしていただきます。
- 当院駐車場ご利用の場合、無料の手続きをします（利用許可した内容に参加した全ての方が対象です）。



## 5 豊川市民病院地域医療連携システムについて

### (1) 「豊川市民病院地域医療連携システム」とは

NECによる「ID-Link」というツールを利用し、豊川市民病院の診療の情報を、インターネットを通じて、登録医の医療機関のパソコンから閲覧できるシステムです。

診療情報の閲覧により、円滑かつ効率的な診察が行えることや、重複した検査を省略するなど患者さんの負担軽減などの効果も期待できます。

### (2) 当システムを利用できる医師

- ・登録医
- ・登録医が所属する医療機関の医師

※「豊川市民病院地域医療連携システム利用者名簿」（後述）で申請された医師に限ります。申請された医師にはシステム利用のためのID、パスワードを発行します。

※医師以外の職種は当システムを利用できません。

### (3) 閲覧できる内容

- ・検体検査結果、細菌検査結果
- ・各種画像（画像はJPEG形式です。）、読影レポート
- ・処方、注射
- ・退院サマリー、バイタル情報、入退院期間
- ・患者情報、アレルギー情報、感染情報

※当院の診療情報を閲覧されることに、同意のあった患者の情報に限ります。

※当院からの（又は当院への）紹介患者である必要はありません。

### (4) 登録医の医療機関で用意するもの

医療機関内のインターネットに接続しているパソコン

※既存のインターネット回線があれば、それを利用可能です。

※接続可能なパソコンは、「豊川市民病院地域医療連携システム利用者名簿」（後述）に記載された医師数までの台数です。

### (5) 利用料金

費用負担はありません（登録医、患者さん共に）。

※インターネットプロバイダへの接続料金は、登録医の負担になります。





(6) 当システムの安全性について

- ・公開中の患者情報は、閲覧の申込みをしていない他の医療機関から閲覧されることはありません。
- ・電子証明書（SHA-2 認証）を用いて安全性を確保しています。また電子証明書をインストールしたパソコン以外では閲覧できません。
- ・オンデマンドVPNでの接続を選択することも可能です。この場合、登録医側で別途費用がかかります。

(7) 利用のための準備

当システムの利用を希望する場合、下記に従い手続きが必要です。

**「豊川市民病院地域医療連携システムの利用申込書」(資料4)の提出**

提出先：地域連携センター

方 法：郵送又はFAX (FAX 番号 0533-89-5108)

※以下の手続きについては、利用申込をいただいた医療機関へ個別に詳細な説明資料をお送りします。

**豊川市民病院と協定書の締結**

- ・個人情報の閲覧に関し適切な扱いをすることなど、システム利用についての遵守事項などの確認をするものです
- ・協定書は、登録医の属する医療機関単位で締結します。

**「豊川市民病院地域医療連携システム接続申込書」の提出**

- ・パソコンの利用環境を確認します。

**「豊川市民病院地域医療連携システム利用者名簿」の提出**

- ・当システムを利用する医師の指定をお願いします。

**NECへ「ID-Link」の申し込み**

- ・当院への申し込みと別に、NECへの利用登録が必要です。

**閲覧で使用するパソコンへの、セキュリティー証明書のインストール**

- ・日程調整のうえ、豊川市民病院の職員が訪問し設定します。

**豊川市民病院より、利用者へID・パスワードの発行**

※利用者に変更があった場合「豊川市民病院地域医療連携システム利用者変更届」(資料5)を提出してください。



## (8) 診療情報の閲覧方法

患者の同意を得たうえで、所定の用紙を記入し、豊川市民病院地域連携センターへお申し込みください。

### 《 閲覧側医療機関 》

- 患者もしくは患者家族に、豊川市民病院の情報を閲覧することについて説明し、同意を得てください。  
(「豊川市民病院地域医療連携システムについて」(資料6)を参考にしてください。この資料を患者さんへお渡ししてもかまいません。)
- 「豊川市民病院地域連携システム閲覧申込書」(資料7)の記載をします。  
※「患者記入欄」に患者または患者家族の自署による同意が必要です。  
※当院への受診(検査)予約を入れる際に、合わせて診療情報閲覧についての患者同意を得ておくと効率的です。

### 《 閲覧側医療機関 》

- 「豊川市民病院地域連携システム閲覧申込書」(資料7)をFAXしてください。  
病診連携室FAX 0533-89-5108  
受付時間：平日8時30分～17時15分(年末年始を除く)  
(平日8時30分～19時00分以外の時間はFAXが不通となります)

### 《 豊川市民病院 》

- 情報公開のための設定をします。
- FAXの場合、概ね30分から1時間程度で閲覧が可能になります。
- 平日17時15分を過ぎた申込みは、翌病院営業日に公開します。

### 《 閲覧側医療機関 》

- パソコンで「ID-Link」へログインし、閲覧してください。

## (9) 閲覧可能な期間

- 患者情報の閲覧は、最終閲覧から1年間可能です。
- 最終の閲覧から1年間閲覧されなかった患者については、自動的に閲覧対象から外れます。
- 再度閲覧が必要な場合は「豊川市民病院地域連携システム閲覧申込書」の提出が必要です。



#### (10) 閲覧の停止

閲覧中の患者より、閲覧を希望しない意思表示があった場合、診療情報の閲覧を中止し、「豊川市民病院地域連携システム閲覧停止届」(資料8)を提出してください。

#### (11) 診療情報の複製について

当システムは、閲覧での利用となります。情報のダウンロードや印刷はできません。パソコンの画面複写(いわゆる「ハードコピー」や「プリントスクリーン」)は禁止事項となっています(患者さんの申し出であっても禁止です。なお、患者さんは、豊川市民病院に対し、カルテ開示請求をすることができます。)

#### (12) 紹介状等との関係

当院が発行する紹介状等の各種文書は、従来通り紙での提供になります。紹介状等に添付する画像CDや血液検査データ等が省略されることはありません。

#### (13) 診療情報閲覧に関する各種様式の説明

##### 「豊川市民病院地域医療連携システム利用者変更届」(資料5)

- ・利用者の追加、削除、氏名の変更の際に使用します。
- ・協定書と同じ代表者による記名、押印が必要です。

##### 「豊川市民病院地域医療連携システムについて」(資料6)

- ・当システムに関する説明を患者さんへ行う際の、標準的な内容をまとめたものです。内容をご確認のうえ、説明時の参考にしてください。
- ・本資料を直接用いた説明及び本資料のコピーを患者さんへ渡すことは差し支えありませんので、是非ご活用ください。

##### 「豊川市民病院地域医療連携システム閲覧申込書」(資料7)

- ・患者の診療情報を閲覧する際に使用します。
- ・閲覧する医師と、閲覧に同意した方の自筆記名が必要です。
- ・豊川市民病院のIDは、確認が可能な場合ご記入ください。
- ・FAXで送信の上、原本は閲覧側医療機関で保管してください。

##### 「豊川市民病院地域医療連携システム閲覧停止届」(資料8)

- ・患者の診療情報の閲覧を停止する際に使用します。
- ・担当医師の自筆記名が必要です。
- ・FAXで送信の上、原本は貴院で保管して下さい。



(資料1)

地域連携登録医申請書

平成 年 月 日

豊川市民病院長 様

住 所  
医療機関名  
代 表 者

㊦

私は、豊川市民病院における地域医療支援の趣旨に賛同し、豊川市民病院地域連携登録医運営要綱第3条に基づき、登録医として申請します。

医師氏名、性別		フリガナ .....	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
医療 機 関	名称	フリガナ .....	
	所在地	〒	
	電話番号		
	FAX 番号		
	診療科		
	休診日		
	e-mail		
	ホームページ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
所属会	医師会		歯科医師会
備考			

※該当する□にレ印をご記入ください。

※所属会がない場合は、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付してください。

※1つの医療機関で複数の医師を登録医として申請する場合は、別紙「登録申請医師名簿」を添付してください。

## 登録申請医師名簿

医療機関名

	医師氏名	性別	所属会
1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
4	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
5	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
6	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
7	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
8	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
9	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会
10	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	医師会 歯科医師会

※本名簿は登録申請する医師すべてについてご記入ください。

※該当する□にレ印をご記入ください。

※所属会がない場合は、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付してください。

(資料2)

地域連携登録医( 変更・辞退 )届出書

豊川市民病院長 殿

住 所  
医療機関名  
氏 名

㊟

私は、豊川市民病院地域連携登録医運営要綱第3条に基づき、登録医の登録内容の変更・辞退を届出します。

登録医番号		
届出区分	<input type="checkbox"/> 変更 ・ <input type="checkbox"/> 辞退	
変更内容	変更後	変更前
備考		

※該当する□にレ印をご記入ください。

※備考欄は、特記すべき事項がありましたらご記入ください。

豊川市民病院登録医等施設利用申請書

豊川市民病院長 様

(申請者)  
住 所  
医療機関名  
登録医氏名  
登録医番号

下記のとおり、病院の施設を利用したいので、申請します。

記

利用日時
年 月 日 午 前 時から 年 月 日 午 前 時まで 後 後
事業の名称、利用目的
参加予定人数 人
利用責任者の所属、氏名及び電話
( ) -
利用場所
<input type="checkbox"/> 講堂1 <input type="checkbox"/> 講堂2 <input type="checkbox"/> 講堂3

※にレ印を記入してください。

※利用者（主催者側）の名簿（医療機関名、所属、氏名）を添付してください。

(資料4)

平成 年 月 日

豊川市民病院地域医療連携システムの利用申込書

医療機関住所
医療機関名 (法人の場合は法人名 及び 医療機関名)
代表者 役職
代表者 氏名

※ 本書への記載内容をもとに、「豊川市民病院地域医療連携システムの利用に関する協定書」の作成をしますので、正しくご記入ください。

※ 本書への押印は不要です。FAXまたは郵便で下記へお送りください。

〒442-8561

豊川市八幡町野路23番地

豊川市民病院地域連携センター

電話 0533-86-1111 (内線 2534)

FAX 0533-89-5108 (平日午後8時30分～午後5時15分)



平成 年 月 日

豊川市民病院院長様

医療機関名  
代表者氏名

㊞

豊川市民病院地域医療連携システム利用者変更届

豊川市民病院地域医療連携システムを利用する医師の変更を、以下の通り申請  
します。

【追加・削除用】

追加 削除	フリガナ	
	利用者氏名	男 女
追加 削除	フリガナ	
	利用者氏名	男 女
追加 削除	フリガナ	
	利用者氏名	男 女
追加 削除	フリガナ	
	利用者氏名	男 女

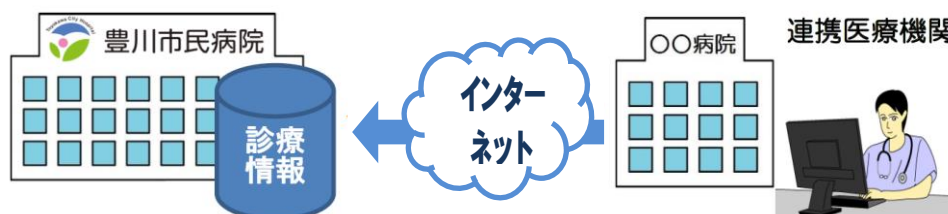
【変更用】 ※苗字などの変更がある場合に記載

変更前	フリガナ	
	利用者氏名	
変更後	フリガナ	
	利用者氏名	

## 豊川市民病院地域医療連携システムについて

### 【システムの概要】

- 1 このシステムは、豊川市民病院の「電子カルテ」に保存された診療情報を、連携医療機関の医師が、インターネットを利用して閲覧できるものです。



### 【患者さんの利点】

- 2 豊川市民病院の診療情報を閲覧することにより、当院で円滑かつ効率的な診察が行えることが期待できます。また、豊川市民病院と重複するお薬や検査を省くことで、患者さんの負担を軽減できる場合もあります。

### 【閲覧の同意について】

- 3 当院の医師は、患者さん（未成年又は意思表示が困難な場合はその家族）の同意があった場合に限り情報の閲覧が可能です。同意が無い場合に情報を閲覧することはありません。
- 4 閲覧に同意しないことも患者さんの自由です。また、同意をした後にそれを取り下げることも可能です。

### 【情報の安全な管理について】

- 5 閲覧する医師の1人1人にシステムを利用するためのIDとパスワードが与えられています。ID等を持たない医師が、このシステムを利用し、患者さんの情報を閲覧することはありません。
- 6 情報の閲覧は、豊川市民病院から認証を受けた当院の特定の機器に限り行います。他の場所で患者さんの情報を閲覧することはありません。
- 7 患者さんが同意していない医療機関から、患者さんの情報が閲覧されることはありません。
- 8 診療の情報がインターネットを経由する際は、情報は暗号化され、他に漏れないような厳重な仕組みで守られます。
- 9 当院の医師は、当院での診療の目的以外に、システムの情報を利用しません。また、診療情報の複製・公開・提供は、豊川市民病院との約束で禁止されています（患者さんがご希望されても、印刷をすることはできません。）。

平成 年 月 日

豊川市民病院長様

医療機関名  
担当医師自署  
(利用者 ID 取得者であること)

豊川市民病院地域医療連携システム閲覧申込書

私は、下記のとおり同意を得ましたので、豊川市民病院地域医療連携システムにて当該患者の診療情報を閲覧することを申し込みます。

【患者記入欄】

私は、上記医療機関より豊川市民病院地域医療連携システムに関する説明を受け、その目的及び利用方法を理解しましたので、私の診療情報が上記医療機関で閲覧できることに同意します。

フリガナ		生年月日	
患者氏名 (自署)	男女 女	年	月 日
患者住所			
代理者氏名 (自署)		続柄	
豊川市民病院患者 ID (7桁)			
閲覧側医療機関 患者 ID (診察券番号) ※ ID の先頭に「0」が含まれる場合は省略しないでください。			

※未成年又は意思表示が困難な場合は、家族により患者氏名・代理者氏名・続柄の記載をしてください。

- ・豊川市民病院へ本書の FAX 送信をして下さい。  
FAX 番号：0533-89-5108
- ・本書の原本は、閲覧側医療機関で保管してください。

(資料8)

平成 年 月 日

豊川市民病院長様

医療機関名  
担当医師自署  
(利用者 ID 取得者であること)

### 豊川市民病院地域医療連携システム閲覧停止届

豊川市民病院地域医療連携システムにて下記の患者の診療情報を閲覧することを停止します。

フリガナ		生年月日
患者氏名	男女	年 月 日
閲覧側医療機関 患者 ID (診察券番号) ※ ID の先頭に「0」が含まれる場合は省略しないでください。		
停止理由 (該当項目に✓)		
<input type="checkbox"/> 患者から、閲覧を希望しない意思表示があったため。 (意思表示を受けた日 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなったため。		
<input type="checkbox"/> その他 理由 ( )		

- .....
- ・豊川市民病院へ本書の FAX 送信をして下さい。  
FAX 番号：0533-89-5108
  - ・本書の原本は、閲覧側医療機関で保管してください。

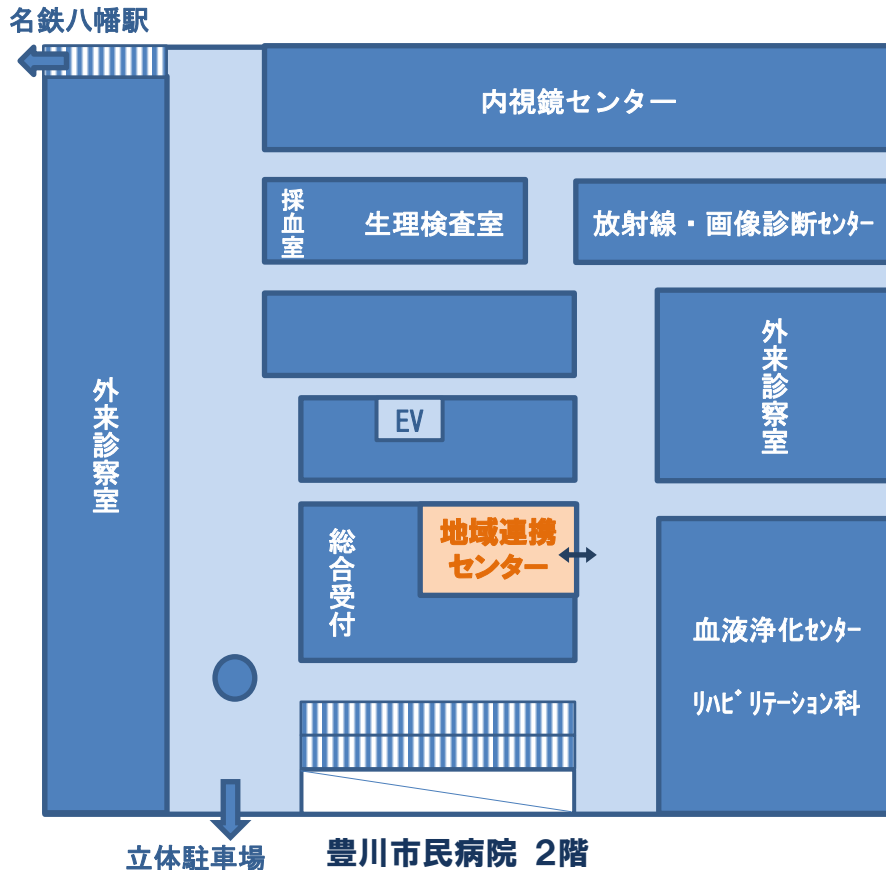
## 豊川市民病院 地域連携センター

### 地域連携登録医制度に関すること（担当：地域連携グループ）

- 業務時間  
平日 8時30分から17時15分  
※年末年始を除く
- 電話  
0533-86-1111（内線2534）

### 紹介受診に関すること（担当：病診連携室）

- 業務時間  
平日 8時30分から19時00分（17時00分から19時00分はFAXのみ対応）  
土曜日 9時00分から13時00分（FAXのみ対応）  
※国民の祝日、年末年始を除く
- 電話  
0533-89-5825（直通・専用）  
対応時間 平日 8時30分から17時00分
- FAX  
0533-89-5108（直通・専用）  
受付時間 平日 8時30分から19時00分  
土曜日 9時00分から13時00分



豊川市宣伝部長  
兼おもてなし部長  
©いなりん