

豊橋市民病院
地域医療連携ネットワークシステム
(Aotake-net)
利用規程



豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用規程

（目的）

第1条 この規程は、豊橋市民病院（以下「市民病院」という。）が運用する地域医療連携ネットワークシステム（以下「地域連携システム」という。）の利用に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

（仕組み及び名称）

第2条 地域連携システムは、市民病院の電子カルテシステムに蓄積された診療情報を他の医療機関がインターネットを介して参照できる仕組みであり、地域連携システムの名称は、「A o t a k e - n e t」とする。

（システム管理体制）

第3条 地域連携システムは、市民病院が運用管理する。

2 地域連携システムの管理者は豊橋市民病院院長（以下「院長」という。）をもって充てる。

（利用者）

第4条 利用者とは、あらかじめ利用者登録を行い、許可された医師又は歯科医師（以下「医師等」という。）とする。

2 利用対象医療機関は、原則、東三河南部医療圏及び北部医療圏の医療機関とする。ただし、院長が認めればこの限りではない。

（利用者の責務）

第5条 利用者は、地域連携システムを通じて入手した診療情報については、適正に利用するとともに、診療目的での参照以外には、いかなる複製、保存、公開及び提供を行ってはならない。

2 利用者は、地域連携システムに関する情報セキュリティに十分注意し、ID番号、パスワードを利用者以外に使用させてはならない。

3 利用者は、地域連携システムに接続する端末のセキュリティを維持し、地域連携システムを安全に稼働させるため、ウィルス対策ソフトを導入しなければならない。

（システムの利用）

第6条 地域連携システムが利用できるのは、第4条に定める許可された医師等とする。

2 地域連携システムの利用を希望する医師等は、「豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用者登録申請書兼誓約書（以下「利用者登録申請書兼誓約書」という。）（様式第1号）」を窓口に提出しなければならない。

3 院長は、利用者登録申請書兼誓約書の内容を確認し、適当と認め、利用を許可した場合は「豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用申請結果通知書（様式第2号の1）」により医療機関コード、FortiClient VPNユーザ名、FortiClient VPNパスワード、Aotake-net利用者ID及びパスワード（初期パスワード）を医師等に通知する。また、適当と認めず、利用を許可しない場合は、「様式第2号の2」により通知する。

4 利用者は、3ヶ月に1回パスワードの変更を行わなければならない。

- 5 システムログインパスワードは、8桁以上の英数字が混在したパスワードを設定しなければならない。
- 6 利用者は、地域連携システムの利用を取り止める場合は、「豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用者登録廃止届（以下「利用者登録廃止届」という。）（様式第3号）」を窓口に提出しなければならない。

（システム利用の取消）

第7条 地域連携システムの利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、その利用を取り消すものとする。

- （1）利用者登録廃止届を提出し、受理されたとき。
- （2）法令等に違反したとき。
- （3）地域連携システムの情報の取り扱いが不適切であり、かつ、指導にもかかわらず改善が認められないとき。
- （4）その他、地域連携システムの利用者に該当しなくなったとき。

（利用時間）

第8条 地域連携システムの利用は、365日常時可能とする。ただし、定期的な保守を行う場合は、事前に地域連携システム掲示板等に運用の停止を掲載する。

- 2 システム障害により、必要となった保守作業の際は、予告なく運用を停止する。

（本機能で行えること）

第9条 地域連携システムで利用できる機能は、次のとおりとする。

- 1 診療情報の参照
 - （1）処方オーダー情報
 - （2）注射実施情報
 - （3）検体検査結果
 - （4）画像検査（生理、放射線、内視鏡）オーダー情報及び画像
 - （5）手術実施
 - （6）処置実施情報
 - （7）診療情報文書（手術記録、退院時要約、心電図検査結果、レポート等）
- 2 予約の登録
 - （1）画像検査予約

（接続環境）

第10条 地域連携システムの接続環境は、利用者が準備するインターネット回線を用いる。

- 2 地域連携システムのセキュリティを保つために、ネットワーク接続時にID番号及びパスワードを用いて、SSL-VPNによる暗号化通信を行う。
- 3 ネットワーク接続時に、利用者の端末にウィルス対策ソフトがインストールされているかチェックし、対策が行われている端末のみ接続できるものとする。
- 4 一定時間、地域連携システムのアクセスが行われていない場合、自動的にネットワークを切断する。

(必要な機器・ソフトウェア)

第11条 地域連携システムに接続する端末は、利用者が準備する。

2 利用する端末のOS及びブラウザは、別に定める。

3 地域連携システムに接続する端末は、WinnyやShare等のファイル交換ソフトがインストールされていないものを使用しなければならない。

4 地域連携システムに接続する端末は、ウィルス対策ソフトを導入するとともに常に最新のパターンファイルに更新しなければならない。

(利用料金)

第12条 地域連携システムの利用者は地域連携システムを無料で利用することができる。

ただし、地域連携システムに接続する端末、インターネット接続回線料、ウィルス対策ソフト導入費は、利用者の負担とする。

(システムの問合せ及び通知)

第13条 地域連携システムの事務手続きやシステム操作の問い合わせ等については、窓口へ連絡する。

2 利用者は、地域連携システムに障害が発生した場合には、速やかに窓口へ連絡する。

3 地域連携システム管理者は地域連携システムの掲示板等にて、障害に関する情報の提供をする。

(責任の分界点)

第14条 地域連携システムにおける院長の責任の範囲は、地域連携システムのサーバ、SSL-VPN装置、地域連携システムに接続する端末にインストールするSSL-VPNソフトウェア及びDICOMビューアソフトウェアとする。

2 利用者の責任の範囲は、地域連携システムに接続する端末により、地域連携システムにコンピュータウィルスを感染させる事故、ファイル交換ソフトにより市民病院の診療情報を漏えいさせる事件等、利用者の端末設定に起因する場合とする。

3 利用者又は院長は、システムの障害、事故が発生した場合は、その原因について調査を行い、協議により損害費用を算定し、責任の割合に応じて負担する。

(個人情報保護)

第15条 利用者は、地域連携システムを利用する際、以下の法令等を遵守しなければならない。

(1) 医療職として遵守すべき医師法などの法令

(2) 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」

(3) 個人情報の保護に関する法律

2 利用者は、地域連携システムを第三者に対し、閲覧させてはならない。

3 利用者は、地域連携システムを利用するにあたり、患者のプライバシーが侵害されないように、地域連携システムを取り扱わなければならない。

4 利用者の過失によって、当該患者のプライバシーを侵害した場合は、それによって生じた損害を賠償する責任を負うものとする。

（患者の同意）

第16条 地域連携システムにおいて診療情報を取り扱うときは、事前に「豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意書（以下「患者同意書」という。）（様式第4号）」又は「豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意書（逆紹介）（以下「患者同意書（逆紹介）」という。）（様式第6号）」により、診療情報の参照に係る患者本人（未成年者にあつては本人及びその法定代理人）の同意を得なければならない。

- 2 前項の同意は、患者の自署により得なければならない。ただし、患者の自署が困難な場合は、代理人による代筆を得るものとする。
- 3 利用者は患者より同意を受けた「様式第4号」を窓口へ提出する。
- 4 患者同意書又は患者同意書（逆紹介）により、同意を得ている場合に限り、「豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム転院通知書」を院長へ提出することで転院先医療機関に対し、診療情報を提供することができるものとする。
- 5 市民病院は公開設定が完了した旨を公開先医療機関へ通知する。

（同意の撤回）

第17条 前条の規定によりカルテの参照に同意した患者が、同意を撤回しようとするときは、「豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意撤回届（以下「患者同意撤回届」という。）（様式第5号）」を窓口へ提出する。

- 2 院長は、患者同意撤回届が提出され、患者非公開設定が完了した旨を公開先医療機関へ通知しなければならない。

（意思表示のできない患者）

第18条 第16条の規定に関わらず、心身の障害により意思表示をすることができない患者については、成年被後見人の法定代理人など、院長が適当と認めた者の同意を得た場合、当該患者の診療情報を利用者に提供することができる。

- 2 代理人による同意を撤回する場合については、第17条の規定を準用する。

（各種窓口）

第19条 利用者は、各種申請手続き・問い合わせを行う際には、以下の窓口へ連絡する。

【各種申請手続き・問い合わせ窓口】

〒441-8570

豊橋市青竹町字八間西50

豊橋市民病院 患者総合支援センター 病診連携担当

TEL：0532-33-3013

FAX：0532-33-3037

【受付時間】

平日：8：30 ～ 17：00

（システムの機能変更）

第20条 院長は、地域連携システムの良好な運用を維持するために、必要なプログラムの修正を行い、定期的に機能向上を行うものとする。

(規程の変更)

第21条 この利用規程に変更が生じた場合は、利用者に対しその旨について地域連携システムの掲示板等を通じて連絡する。

(その他)

第22条 この利用規程に定めるもののほか、必要な事項については、院長が別に定める。

附 則

この規程は、平成30年4月1日から施行する。

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

この規定は、令和3年1月1日から施行する。

この規定は、令和3年8月6日から施行する。

この規定は、令和4年11月11日から施行する。

この規程は、令和7年3月3日から施行する。

様式第1号（第6条関係）利用者登録申請書兼誓約書

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム
利用者登録申請書兼誓約書

豊橋市民病院 院長 様

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの趣旨、利用規程を理解したうえで、本システムを利用するため、利用者の登録を申請します。

また、豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用にあたっては、関連法規や利用規程等を遵守し、当医療機関内での豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用に伴う責任を負うことを誓約します。

申 請 日： 年 月 日

フリガナ
医 師 名： _____

生年月日： 年 月 日

医療機関コード： _____（厚生局より通知された10桁のコード）
※医療機関コードがわからない場合は、空欄でも結構です。医療機関名： _____
〒

所 在 地： _____

電 話： () - _____ F A X： () - _____

<利用者登録の申請者様へ>

本書は、豊橋市民病院患者総合支援センター・病診連携担当へ FAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。
*** 裏面の、「利用環境の調査票」への記載も併せてお願いします ***
*** 申請後、利用申請結果通知書にて、利用の適否を通知します ***

(豊橋市民病院取扱欄)

<登録>

受理日： 年 月 日

登録日： 年 月 日

受付者	作業者

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用環境の調査票

当医療機関における、豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムを利用する機器等の情報は次のとおりです。

当医療機関におけるシステム・ネットワーク環境		
1 機器情報	OS	名称
	使用ブラウザ	名称
	メモリ	GB
2 ウィルス対策ソフト		名称
3 その他 質問事項		ファイル交換ソフト(Winny等)はインストールされていませんか。 インストール無／インストール有
4 利用可能なe-mail アドレス		@

様式第 2 号の 1（第 6 条関係）利用申請結果通知書

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム
利用申請結果通知書

申 請 日： 年 月 日

住 所：

医療機関名：

利用者氏名：

上記の者を豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用者として適当と認め、利用を許可します。なお、利用にかかる、ID及びパスワード等は次のとおりです。

○医療機関コード：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○FortiClient VPN ユーザ名：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○FortiClient VPN パスワード：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○Aotake-net利用者 ID：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○パスワード（初期パスワード）：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記サイトの下部にあります「Aotake-net利用者専用ページ」から入っていただき、接続ソフトウェア、インストール・操作マニュアル等をダウンロードしてください。専用サイトに入る際には、以下の利用者IDとパスワードを入力してください

ユーザ名：「tmh001」

パスワード：「aotake@net」

以下、豊橋市民病院地域連携ネットワークシステムサイトURLにアクセス後「Aotake-net利用者専用ページ」ボタンをクリックしてください。

<https://www.municipal-hospital.toyohashi.aichi.jp/chiiki/medical/network/>

年 月 日

豊橋市青竹町字八間西50番地

豊橋市民病院 院長

印

様式第2号の2（第6条関係）利用申請結果通知書

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム
利用申請結果通知書

申 請 日： _____ 年 月 日

住 所： _____

医療機関名： _____

利用者氏名： _____

上記の者は豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用者として、許可しないものとします。理由は次のとおりです。

年 月 日

豊橋市青竹町字八間西50番地

豊橋市民病院 院長



様式第3号（第6条関係）利用者登録廃止届

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム
利用者登録廃止届

豊橋市民病院 院長 様

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用を取り止めるため、利用者登録廃止の届出をします。

申 請 日： 年 月 日

フ リ ガ ナ
医 師 名： 生年月日： 年 月 日医療機関名：
〒

所 在 地：

電 話：（ ） - FAX：（ ） -

<利用者登録廃止の届出者様へ>

本書は、豊橋市民病院患者総合支援センター・病診連携担当へ
FAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。

(豊橋市民病院取扱欄)

<廃止>

受 理 日： 年 月 日

登 録 日： 年 月 日

受付者	作業者

様式第4号（第16条関係）患者同意書

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意書

豊橋市民病院 院長 様

私は下記の主治医から、地域医療連携ネットワークシステムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記の医療機関において、豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムに参加することに同意します。

<患者記載欄>

記 載 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	
フリガナ 患者氏名 : _____	旧姓 : _____ (自署)
生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	
住 所 : _____	
電 話 : _____ - _____	
(代理人氏名 : _____ 続柄 : _____)	
豊橋市民病院へ受診されたことがありますか？ <u>は い ・ いいえ</u>	
「はい」とお答えいただいた方へ 豊橋市民病院の診察券に記載されている登録番号は わかりますでしょうか？	※登録番号がわかれば下記に記入してください

<主治医記載欄>

説明した主治医氏名 : _____
情報提供を受ける かかりつけ医療機関名 : _____
所在地 : 〒 _____
電 話 : (_____) _____ - _____ FAX : (_____) _____

*本書原本は、豊橋市民病院患者総合支援センター・病診連携担当へFAX（0532-33-3037）送信してください。原本は、かかりつけ医療機関にて保管してください。

(豊橋市民病院取扱欄)

<同意>

受 理 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
登 録 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
患 者 I D : _____

受付者	作業者

様式第 6 号（第 1 6 条関係）患者同意書（逆紹介版）

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意書（逆紹介）

豊橋市民病院 院長 様

私は下記の担当者から、地域医療連携ネットワークシステムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムに参加することに同意します。

<豊橋市民病院記載欄>

説 明 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明した担当者 : _____ (自署) 連携パス : ☐ あり ☐ なし
情報提供を行う 紹介先医療機関名 : _____ 紹介先主治医氏名 : _____ 所在地 : 〒 _____ 電 話 : (_____) _____ - _____ FAX : (_____) _____ - _____

<患者記載欄>

記 載 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 フリガナ 患者氏名 : _____ 旧姓 : _____ 生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 住 所 : _____ 電 話 : _____ - _____ - _____ (代理人氏名 : _____ 続柄 : _____) 豊橋市民病院 診察券登録番号 : _____
--

(豊橋市民病院取扱欄)

<同意>

受 理 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
 登 録 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
 患 者 I D : _____

受付者	作業者

様式第7号（第16条関係）転院通知書

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム転院通知書（地域連携パス）

豊橋市民病院 院長 様

地域連携パス対象患者において、当院での治療を終え、下記医療機関へ転院することとなりましたので、転院先主治医に対し、当該患者の診療情報公開設定をお願いします。

＜主治医記載欄＞

記載日：	年	月	日
フリガナ 患者氏名：	旧姓：		
生年月日：	年	月	日
住 所：			
電 話：	—	—	
豊橋市民病院診察券番号	： ※登録番号がわかれば記入してください		

情報提供を行う			
転院先医療機関名：			
転院先主治医氏名：			
所在地：	〒		
電 話：	()	—	FAX：() —

＊本書原本は、豊橋市民病院患者総合支援センター・病診連携担当へFAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。控えが必要な場合は、本書の写しをかかりつけ医療機関にて保管してください。

（豊橋市民病院取扱欄）

＜地域連携パス＞

受 理 日： 年 月 日
 登 録 日： 年 月 日
 患 者 I D：

受付者	作業者

様式第5号（第17条関係）患者同意撤回届

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意撤回届

豊橋市民病院 院長 様

私は、下記の主治医から説明を受け、下記の医療機関において豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムに参加しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<患者記載欄>

記 載 日 :	年	月	日
フリガナ 患者氏名 :	(自署)		
生年月日 :	年	月	日
住 所 :			
(代理人氏名 :	続柄 :		)
豊橋市民病院 診察券登録番号	※必ず記載する必要はありません		

*本書原本は、豊橋市民病院患者総合支援センター・病診連携担当へFAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。控えが必要な場合は、本書の写しをかかりつけ医療機関にて保管してください。

(豊橋市民病院取扱欄)

<撤回>

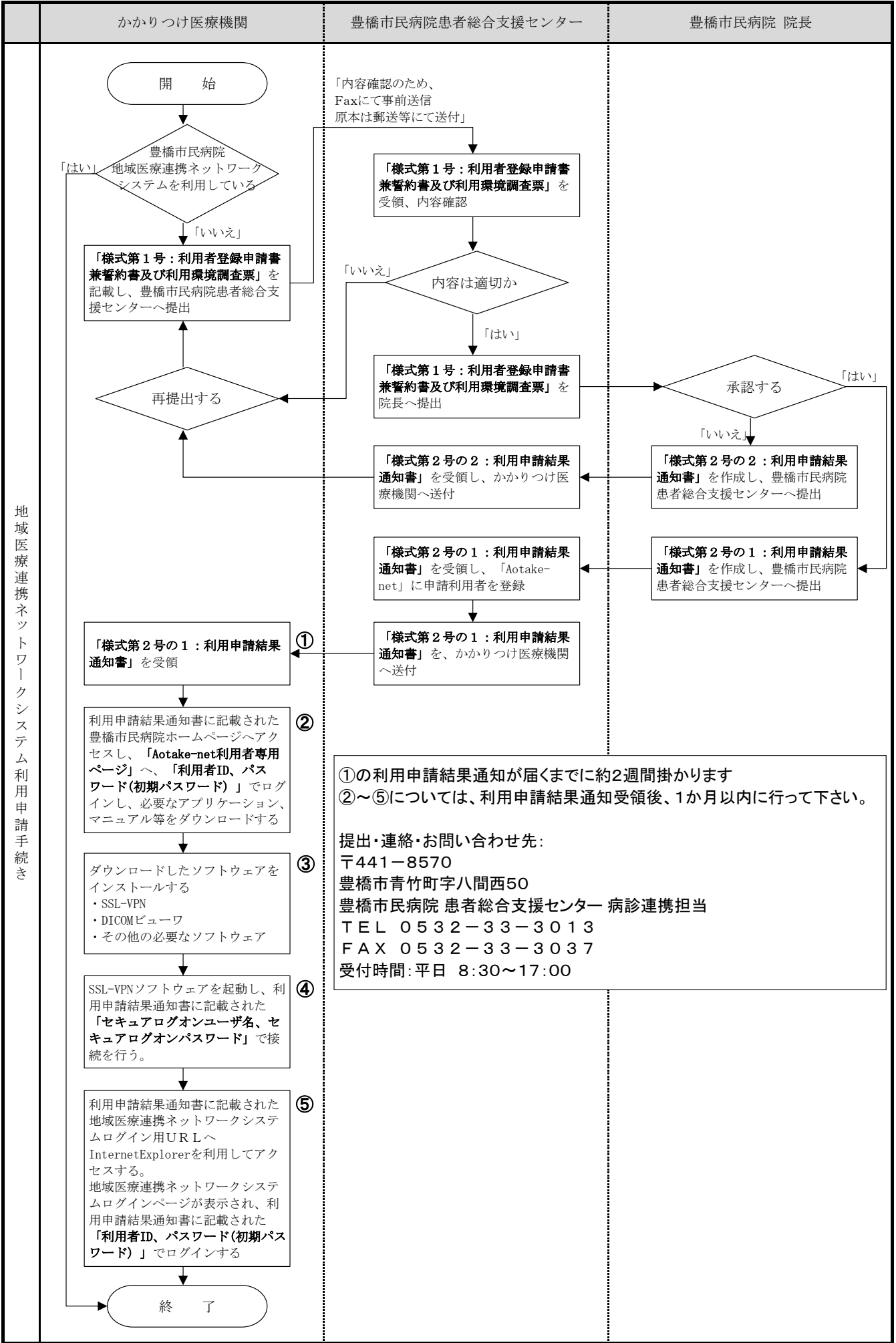
受 理 日 : 年 月 日

登 録 日 : 年 月 日

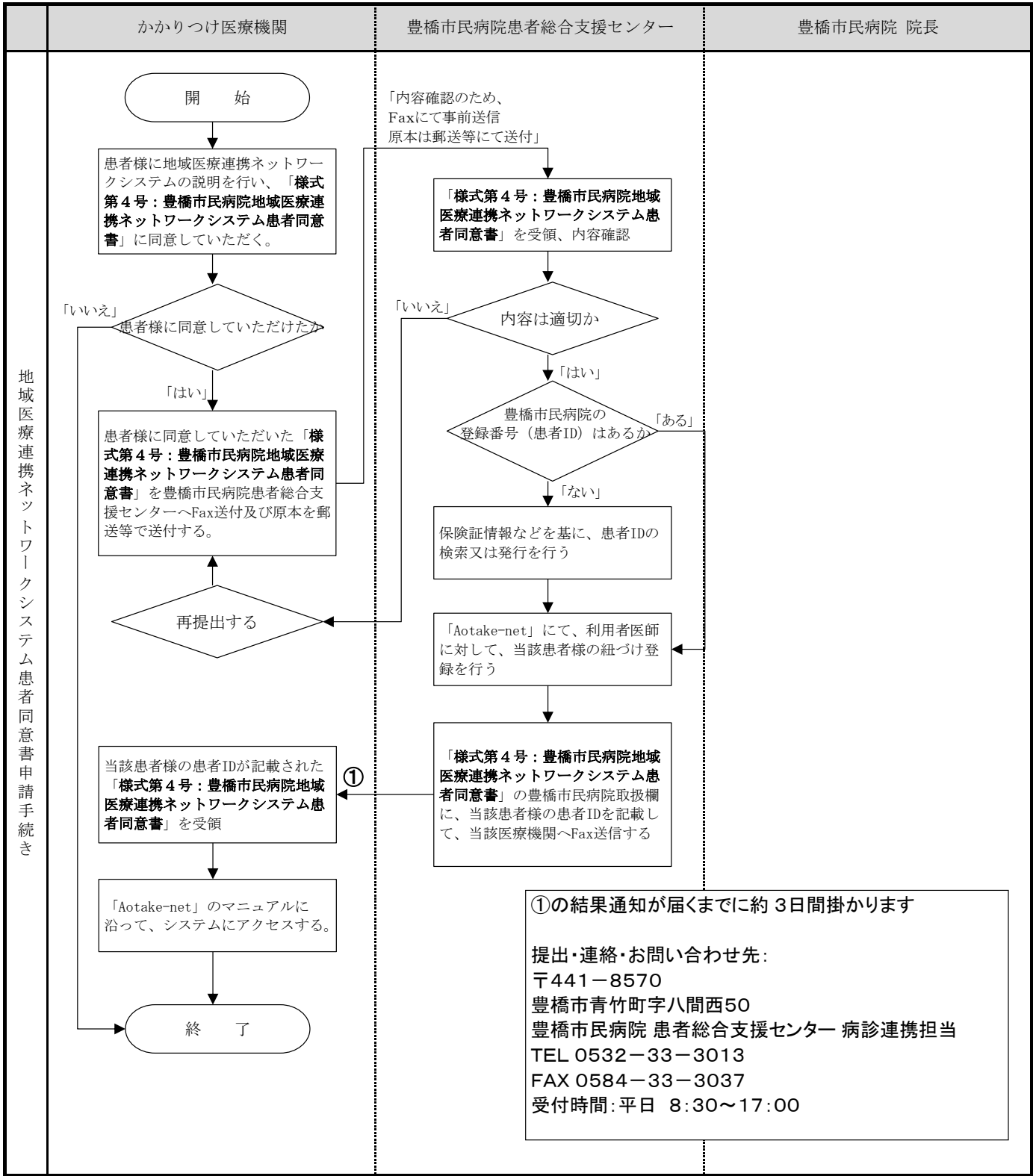
患 者 I D :

受付者	作業者

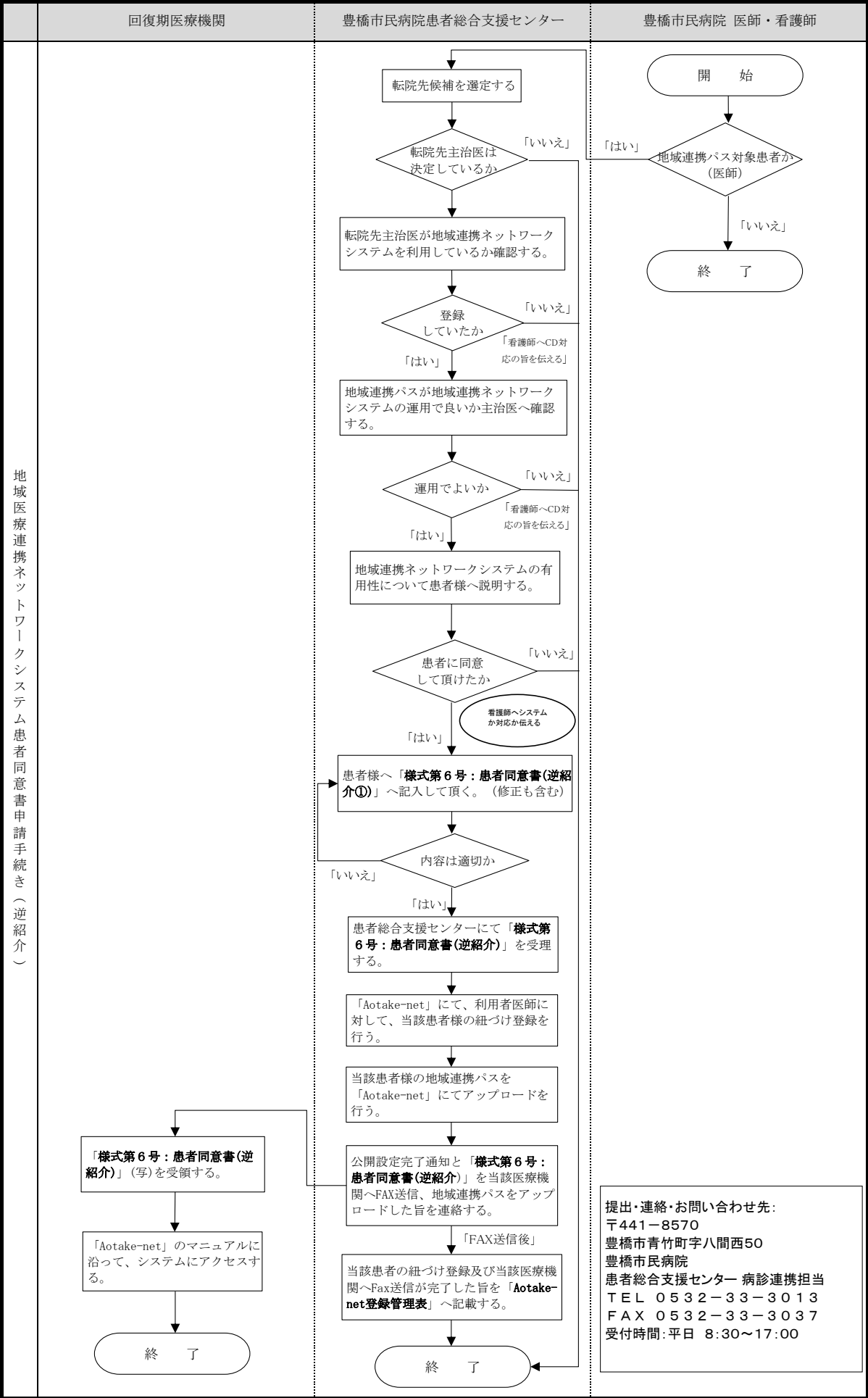
豊橋市民病院 地域医療連携ネットワークシステム利用申請手続きフロー



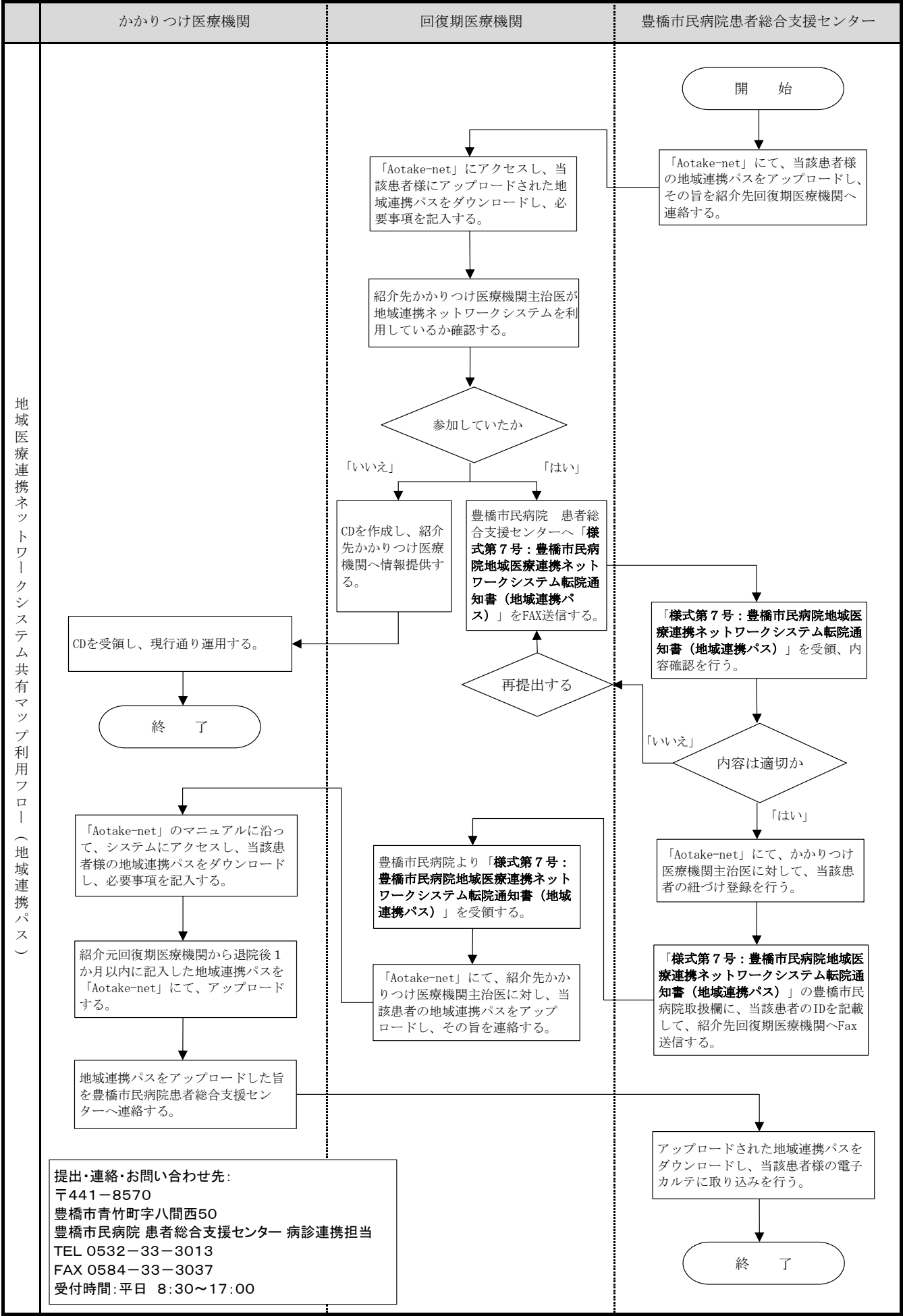
豊橋市民病院 地域医療連携ネットワークシステム患者同意書申請手続きフロー



豊橋市民病院 地域医療連携ネットワークシステム患者同意書申請手続きフロー(逆紹介)
※地域連携パス対象患者に限る(穂の国脳卒中地域連携パス・大腿骨近位部骨折地域連携パス)



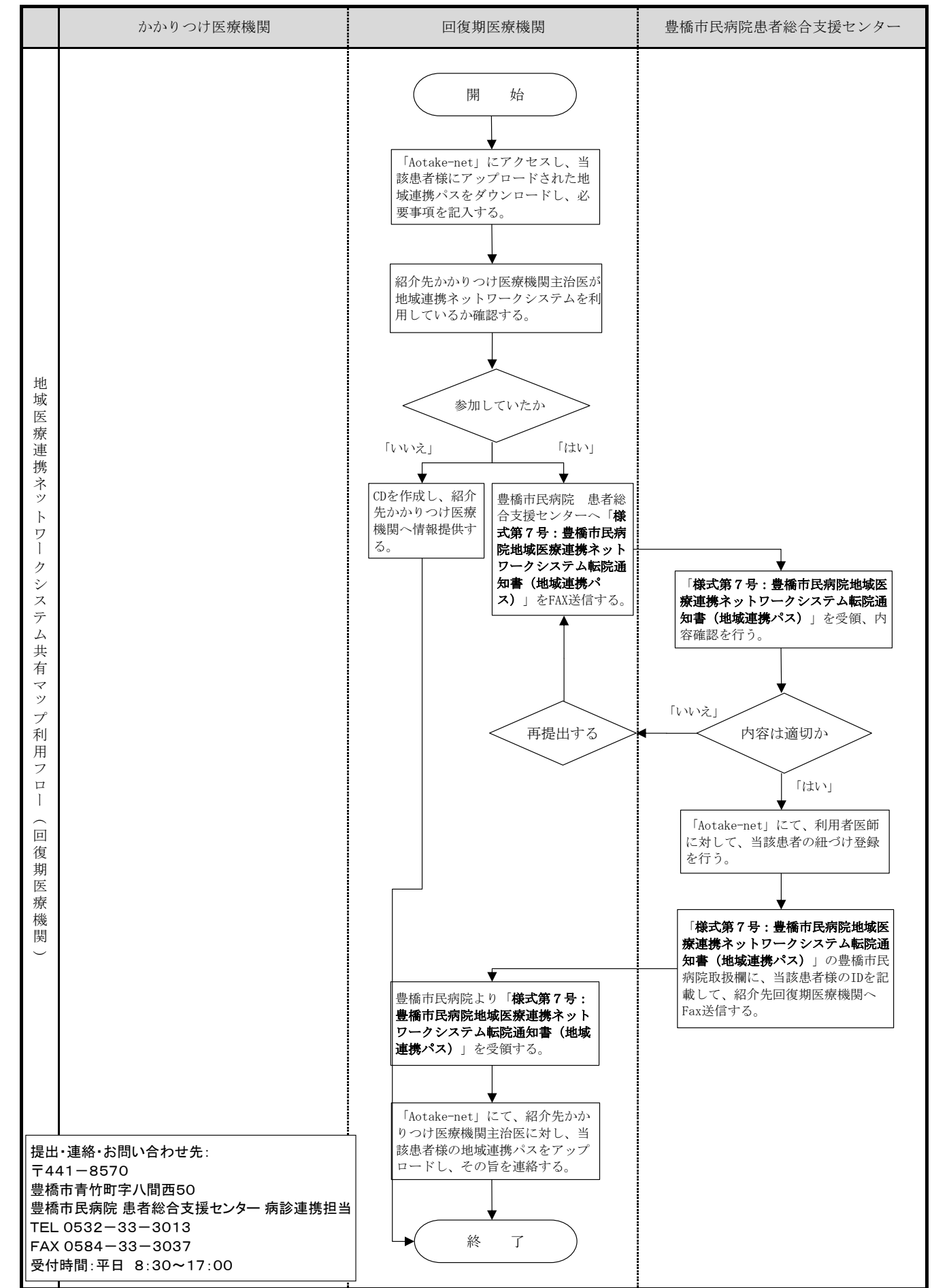
豊橋市民病院 地域医療連携ネットワークシステム共有マップ利用フロー(全体)
 ※地域連携パス対象患者に限る(穂の国脳卒中地域連携パス・大腿骨近位部骨折地域連携パス)



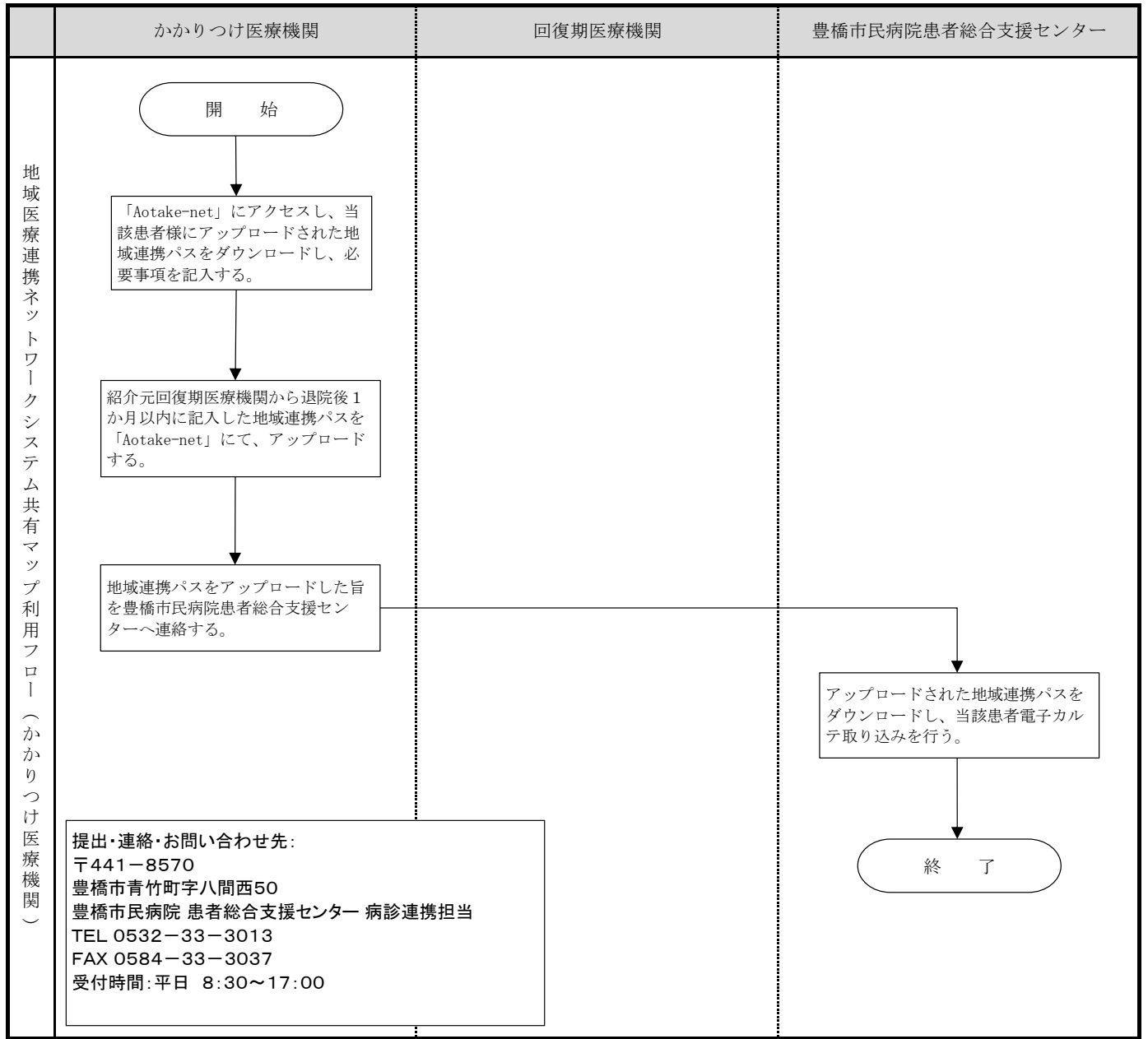
豊橋市民病院 地域医療連携ネットワークシステム共有マップ利用フロー(回復期医療機関編)

※1 地域連携パス対象患者に限る(穂の国脳卒中地域連携パス・大腿骨近位部骨折地域連携パス)

※2 共有マップを利用してのファイル共有はアップロード先医療機関がAotake-netに参加していない場合は使用できません。



豊橋市民病院 地域医療連携ネットワークシステム共有マップ利用フロー(かかりつけ医療機関編)
 ※1 地域連携パス対象患者に限る(穂の国脳卒中地域連携パス・大腿骨近位部骨折地域連携パス)
 ※2 共有マップを利用してのファイル共有はアップロード先医療機関がAotake-netに参加していない場合は使用できません。



豊橋市民病院 地域医療連携ネットワークシステム 予約の登録フロー

