

# 転院調整におけるMedlkaの利用法



市立函館病院医療連携課

MSW 荒木 英世

# 転院調整におけるMedlkaの利用法

診療内容の伝達漏れを減らし、重複した投与・検査の無駄を防ぐことができるので患者さんにも安心して転院していただだけ、転院調整時間の短縮にもつながります。

B病院



B病院の診察室にて、  
A病院の検査結果や  
投薬の情報を参照

患者さんは、  
A病院からB病院に  
転院予定

診療  
情報

なるほど、A病院での  
検査は良好だな・・・薬はこんな  
処方されているのか・・・

2008	05/14	05/17	05/18	05/19	05/20	05/21	05/22	05/23	05/24	05/25	05/26	05/27	05/28	05/29
処方														
検査結果														
検査実施														
薬名														
投与レポート														
ノート														



患者

はじめてのB病院。転  
院は不安だなあ・・・

今までの診療内容を  
把握してくれているので  
とっても安心！

A病院



診療  
情報

# 同意書の作成

Medikaを利用しての転院調整(患者情報の伝達)



他医療機関等への個人情報の開示



患者の同意に基づく情報開示であることを証明(確認)するため、同意書は必須



原則として患者本人による自署(代理可)をもらうことが必要



説明・手続きはMSW(医療連携課)が行う

地域医療連携システム参加同意書

病院病院長 様

私は、下記の説明担当者から 地域医療連携システムに関する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、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

〈患者様記載欄 (自署)〉

平成 年 月 日

ありがな  
患者氏名: 男 ・ 女

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

他の医療機関での同意書作成歴: なし ・ あり

(代理人記載の場合: 代理人氏名 続柄 )

〈紹介元記載欄〉  
(この同意書を記入する際に撤回量にもご記入ください)

説明担当者 (自署): (部署 )

紹介元医療機関名: 市立国館病院 FAX番号: 0120- (患者ID番号: )

連携希望病院名  
 (患者ID番号: )  
 (患者ID番号: )  
(確実な患者本人の確認のために、各医療機関ごとの「患者ID番号」を記載してください)

原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。  
コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同意書送付票」とともにFAX送付してください。

# 説明書および同意書

## 道南地域医療連携システム説明書

当院は、道南地域医療連携システムに参加しています。道南地域医療連携システムは、複数の医療施設をインターネット回線を通じて接続し、診療情報を共有するシステムです。

### 1. システムの目的

地域医療連携システムは、参加施設間を結ぶインターネット回線から診療情報を共有します。地域医療連携システムを利用することにより複数医療施設間の医療連携を緊密に行うことを目的としています。

### 2. システムに参加することのメリット

地域医療連携システムに参加すると、受診歴や治療・検査の情報が共有でき、重複した検査、薬剤投与を防ぐことができます。

従って、複数医療機関を受診しても一貫した安全で効率の良い医療を受けることができます。

### 3. 個人情報の確保

このシステムでは、患者様の診療情報を守るために次のような対策を講じています。

- (1) このシステムで診療情報は高度の暗号化がなされており、インターネット上を流れる情報から個人情報が漏れることは原理的にほとんど不可能です。
- (2) このシステムでは、例えば閲覧者の個人ID、パスワードが漏れたとしても、特定の許可された端末以外では患者個人情報を閲覧できません。

### 4. 参加をやめたいときは

このシステムの参加を取りやめたい場合には、いつでも中止することができます。参加の同意を取り消す場合には、同意書を提出した際に受け取った同意撤回届で申請してください。道南地域医療連携システムに参加している施設であれば、どの施設にも提出可能です。

### 5. 連携の取り消し

以下の場合には、連携は自動的に取り消されます。同意撤回届申請の必要はありません。

- (1) 転院前などで紹介先病院へのデータ閲覧を許可した場合でも結果的に転院せず、連携の必要性がなくなったと判断された場合
- (2) 外来受診などで紹介先病院へのデータ閲覧を許可した場合でも結果的に外来受診せず、連携の必要性がなくなったと判断された場合
- (3) 患者様が死亡された場合

### 6. 最後に

道南地域医療連携システムへの参加は、患者様ひとり一人の自由な意思によります。もし、参加されなかった場合や途中で参加を取りやめた場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。

注：なお、この同意説明書は、各医療施設ごとに提出していただく必要があります。連携医療施設の数に応じて、複数回記載していただく場合があります。

## 道南地域医療連携システム参加同意書

市立函館病院病院長 様

私は、下記の説明担当者から道南地域医療連携システムに関する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、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

〈患者様記載欄（自署）〉

平成 年 月 日

ふりがな  
患者氏名： 男 ・ 女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

他の医療機関での同意書作成歴： なし ・ あり

(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄 )

〈紹介元記載欄〉

(この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください)

説明担当者（自署）： ( 部署：医療連携課 )

紹介元医療機関名：市立函館病院 FAX番号：0120-50-3620  
(患者ID番号： )

連携希望病院名  
 (患者ID番号： )  
 (患者ID番号： )  
(確実な患者本人の確認のために、各医療機関ごとの「患者ID番号」を記載してください)

原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。  
コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同意書送信票」とともにFAX送信してください。

# 撤回届および送信票

## 道南地域医療連携システム参加同意撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者様にお渡しください)

様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療施設において道南地域医療連携ネットワークシステムに参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

<紹介元記載欄> (同意書取得時に記載してください)

説明担当者 (自署) : \_\_\_\_\_ (部署 \_\_\_\_\_)

医療機関名 :

<患者様記載欄> (同意を撤回する際に記載してください)

平成 年 月 日

フリガナ

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

(代理人記載の場合 : 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_)

平成 年 月 日

## 患者情報および医療連携システム同意書送信票

御中

市立函館病院 (担当 : \_\_\_\_\_)  
電話 43-2000  
FAX 0120-50-3620

この度、別紙のとおりシステムへの同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

フリガナ		男	生 年 月 日
患者氏名		・ 明・大・昭・平	
		女	年 月 日 歳
患者住所	〒 ( ) -		
診療科	科	主治医	医師
主病名			

保険者番号									
記号		番号							
被保険者氏名									
続 柄									
有効期間	年 月 日	～	年 月 日						

高齢者負担割	割
--------	---

乳幼児/母子/障害/特定/老人(負担 割)	
公費負担番号	
公費負担受給者番号	
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日

乳幼児/母子/障害/特定/老人(負担 割)	
公費負担番号	
公費負担受給者番号	
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日

# Medika画面(処方オーダー)

Navigation: << < 年 月 週 日

期間: 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010

処方: [Grid of icons representing prescriptions]

病院: 処方: 2007-01-15

アイコンをクリックするとオーダー内容が表示されます。

黄色いカプセルマークは函病、  
ブルーは他施設です。

[2007-01-15] 処方  
記載者: 函病

**【2007/01/15】**  
実施済 整形外科 中島 菊雄  
臨時 院内 005346 会計済 情有

**Rp.01 2007/01/15?2007/01/20**

ミナルフェン 錠	200mg	3T	
セルベックス	50mg	3Cap	
 1日3回 毎食後			5日

**Rp.02 2007/01/15?2007/01/16**

ボルタレン サボ	50mg	1本	
 発熱時・疼痛時			5回

# Medlka画面 (PACS表示)

DicomViewer - Mozilla Firefox

mykarte.com [https://www.mylarte.com/mykarte/proxy/dicom/14.123.100/k-viewer/main\\_tree/show\\_image\\_all.php?requestType=W](https://www.mylarte.com/mykarte/proxy/dicom/14.123.100/k-viewer/main_tree/show_image_all.php?requestType=W)

ファイル ▾ 表示 ▾ 機能 ▾ ヘルプ ▾

撮影日時: 2008-01-17 15:02:04  
モダリティ: CR

100% (1 / 1)	シリーズ #1 1 / 1	シリーズ #2 1 / 1
		
100% (1 / 1)	WL: 511 WW: 1023	WL: 511 WW: 1023
	シリーズ #3 1 / 1	
100% (1 / 1)		
	WL: 511 WW: 1023	

完了

# MedIka画面(検査結果)



アイコンをクリックすると検査結果内容が表示されます。

赤い試験管マークは函病、  
ピンクの試験管マークは他施設です。  
シャーレマークは細菌検査です。

【2007-02-06】検体検査  
記載者:高橋病院

【2007/02/06】

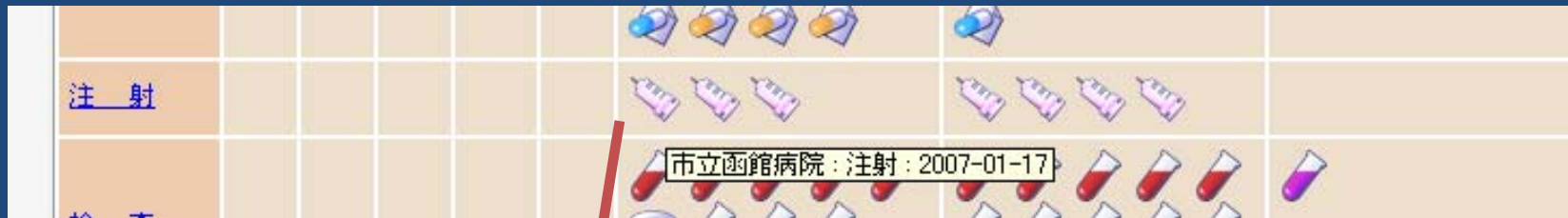
報告書区分: 生化学的検査 検体: 血清

依頼元: リハビリテーション科 3階病棟 依頼医: イシカワ サトシ

検査項目名称	結果値		
総蛋白	6.9	--	至
アルブミン	3.8	--	至
UA	3.6	--	至
尿素窒素	11.7	--	至
クレアチニン	0.45	--	至
Na	143	--	至
K	3.9	--	至
Cl	105	--	至
Ca	8.4	--	至
IP	3.3	--	至
Fe(鉄)	69	--	至
総コレステロール	189	--	至
中性脂肪	102	--	至



# Medlka画面(注射オーダー)



アイコンをクリックするとオーダー内容が表示されます。

**【2007-01-17】注射**  
記載者:函病

**【2007/01/17】**  
実施済 麻酔科 小林 康夫  
未設定 160453 会計済

**Rp.01 2007/01/17 <1> [2007/01/17 - 2007/01/17]**

筋肉内  
筋肉内注射  
術前投薬  
混ぜて筋注

×【向】ドルミカム注(10mg/2mL/A)中止	2.5 mg
【向】ソセゴン注射液(15mg/1mL/A)	15 mg

**【2007/01/17】**  
実施済 整形外科 中島 菊雄  
未設定 160082 会計済

**Rp.01 2007/01/17 <2> [2007/01/17 - 2007/01/17]**

末梢静脈<点滴>  
DIV  
OPE持参

フルマリン キット静注用(1g/100mL/KT)	1 キット
---------------------------	-------

**Rp.02 2007/01/17 <2> [2007/01/17 - 2007/01/17]**

末梢静脈<点滴>  
DIV

# Medlka画面(文書表示)

http://www.mykarte.com/mykarte/temp/Report0a800a0a30d5be4d469c5d424ed0a928c17a6023fee8\_280037.p ...

http://www.mykarte.com/mykarte/temp/Re... Live Search

ファイル(E) 編集 移動(Q) お気に入り(A) ヘルプ(H)

http://www.mykarte.com/mykarte/temp/Re... ページ(P) ツール(O) 検索

1 / 2 56%

函病で開示している文書(レポートサマリ)

- 退院転科時要約
- 診療情報提供書
- 手術記録
- 看護連絡書
- 緩和ケアチーム報告書(院外用)等

※ 承認しないとMedlkaでの閲覧はできません。

移乗	3.全ての動作ができる		( )
整容	自立		( )
トイレ動作	2.自分でできる		( )
入浴	0.洗う時、出入りに介助を要する	平地歩行	3.杖を使用して自分で歩ける
階段	9.不明		更衣
排便管理	自立		排尿管理 自立
身体的特徴	麻痺	無( )	聴力障害 無( )
	視力障害	無( )	言語障害 無( )
◆特別な医療行為			
<input type="checkbox"/>	点滴管理	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養
<input type="checkbox"/>	人工透析	( )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	経管栄養	( )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	酸素吸入	( )	( )
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器	( )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	吸引	( )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	気管切開	( )	交換日: 号数: 名称:
<input type="checkbox"/>	胃瘻・腸瘻	( )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	褥創処置	( )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	尿管カテーテル	( )	交換日: 号数: ( )

# 脳卒中地域連携パス表

Ver 1.0アクセス対応

情報提供File作成

## 脳卒中地域連携パス

転送用パス作成

診療報酬請求可能

診療報酬請求不可

急性期病院

黒は同意書未確認、青は受諾、赤は拒否

ADL評価表

連携施設 1

黒は同意書未確認、青は受諾、赤は拒否

全体連携図

連携施設 2

黒は同意書未確認、青は受諾、赤は拒否

バリエーション表

連携施設 3

黒は同意書未確認、青は受諾、赤は拒否

患者用パス表

患者リスト

退・転院基準

圧縮ボタン

データ参照

本ソフトの複製に関してはバスネット協議会において規定が存在しております。規定に反するソフトの複製は固く禁じております。違反した者に対しては協議会の規定に準じて処分が下されます。



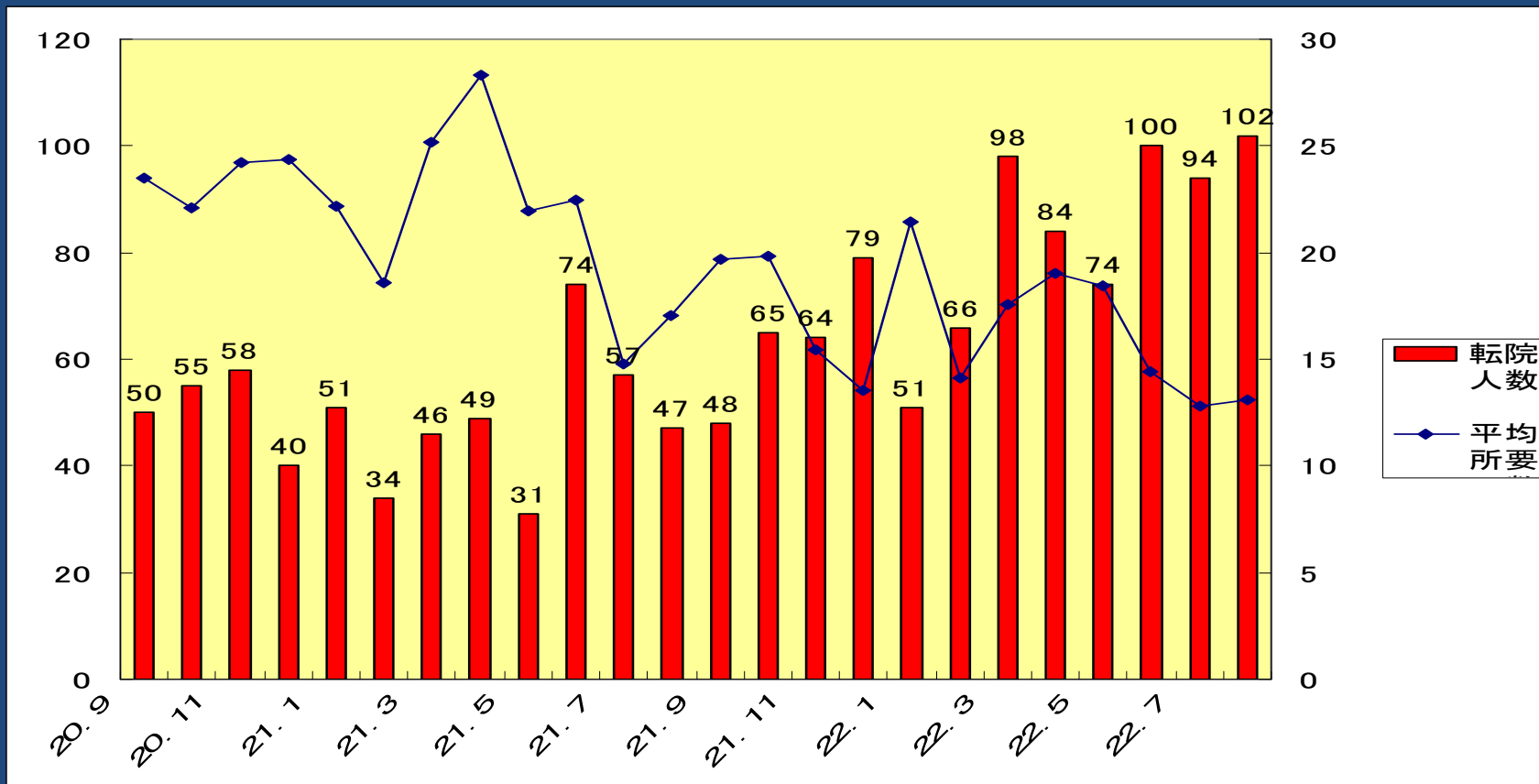
- ログオフ
- カレンダー表示
- 文書一覧
- 画像一覧
- ファイラー一覧
- 期間一覧



ファイルのアップロードを行います。  
各項目を正確に入力してください。  
\* 印は必須入力項目です。

日付	*	<input type="text" value="2010-09-03"/>	<input type="button" value="確認"/>
登録ファイル	*	<input type="text"/>	<input type="button" value="参照..."/>
説明	*	<input type="text"/>	(全半角20文字以内)
登録先期間	*	<input type="text" value="なし"/>	<input type="button" value="▼"/>

# 転院患者数と所要日数 (1ヶ月単位)



# 1日平均入院患者数と平均在院日数 (1ヶ月単位)

