

フェニックスネット

～いざという時にあなたの安心を支えます～

元気で健康な人も・お子様も



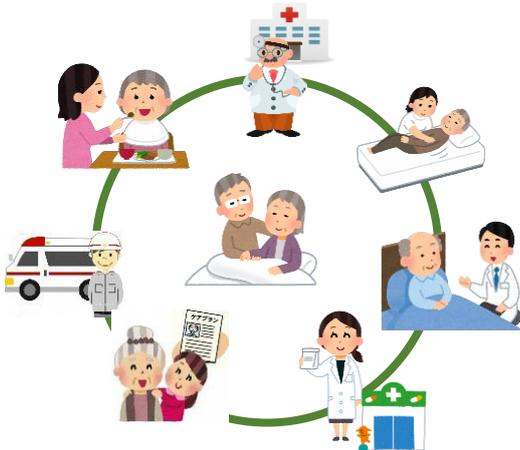
事故にあったら…

急な病気で倒れたら…

そんな「もしも」の時に備えて

フェニックスネットにご登録ください。

介護・治療が必要になっても



登録手続きは

フェニックスネット登録機関（病院・薬局など）、
長岡市窓口（アオーレ長岡、各支所など）へどうぞ。

動画でフェニックスネットを紹介しています。

（本編）

（短縮版）



フェニックスネットワーク協議会（事務局：長岡市医師会）

長岡市・長岡市医師会・長岡歯科医師会・長岡市薬剤師会・長岡市訪問看護ステーション協議会・
長岡地域介護支援専門員協議会・新潟県理学療法士会・新潟県作業療法士会・新潟県言語聴覚士会・
小千谷部会

<令和3年12月改訂>

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

あらかじめ登録



【もしもの救急搬送時に】



救急隊

救急搬送時に、病院や救急隊が緊急連絡先などを確認できる

- ・本人や関係者から情報が得られなくても、情報を収集できる
- ・家族等への連絡ができるようになる
- ・迅速で適切な病院搬送につながる

介護・治療が必要になっても

関係者が連携



患者さんの傷の具合が気になり、写真を送りましたので、見てください。

訪問看護・介護事業所等

【日常の適切な治療やケアに】



医師

患者さんの状態が気になる時や、依頼があった時などに、訪問看護からの記録や写真を見る

- ・患者さんの情報が、必要時に迅速に伝えられる
- ・皮膚状態や薬剤名、指示など重要な内容が伝わりやすい

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：.....

生年月日：.....年 月 日
大正・昭和
平成・令和

<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 _____

〒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
(ふりがな：)	自宅（ ） —	長岡市内 ・ 小千谷市内
	携帯（ ） —	その他（ ）
[本人との関係：]	職場（ ） —	[]
(ふりがな：)	自宅（ ） —	長岡市内 ・ 小千谷市内
	携帯（ ） —	その他（ ）
[本人との関係：]	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。