



とびうめネット
マスコットキャラクター
うめこ先生



ふくおかで、安心な毎日を過ごすために
病歴や服薬中のお薬、アレルギーの有無などの情報が
医療機関に共有され、素早く適切な診療・処置につながります

登録申込書

とびうめ@みやま

福岡県医師会診療情報ネットワーク

連絡先は？

持病は？

かかりつけ医は？

飲んでいる薬は？



【対象者】

この申込書で登録できるのは
みやま市民の方です

※年齢制限はありません。
乳幼児から高齢者まで
登録できます。

【記入後の提出先】 どちらかに提出してください

みやま市介護支援課
(介護保険係)

この申込書をもらった
医療機関 (かかりつけ医)

【とびうめネットの登録に関する相談・お問合せ先】

みやま市介護支援課
とびうめネット事務局

(公益財団法人福岡県メディカルセンター)

電話 0944-64-1555 (直通)
電話 092-476-3809

とびうめネットは

「もしも」の時に頼れる、あなたの「お守り」です。



持病などをはじめ
細かな医療情報まで
瞬時に伝えられます。

急な病気の発症は、いつ、どこで、起こるか分かりません。特に持病をお持ちの方は、病歴が共有されていない搬送先での処置には不安な方も多くいます。そんな場合でも、とびうめネットに登録していれば、アレルギーをはじめ本人の細かな医療情報も安全に共有されるので、情報を探す時間が短縮され、的確な処置を行えるほか、服用中のお薬なども必要な情報をすべて医療関係者に正しく把握してもらえるため、もしものときにも安心です。



とびうめネットに **登録** しましょう。



くとびうめネットへの登録について

「とびうめネット」は、登録者が受けた医療や介護、健診の情報の一部を、医療機関で共有することで、登録者に対して、適切で迅速な医療を提供する取り組みです。

この事業は、公益社団法人福岡県医師会（事務局：公益財団法人福岡県メディカルセンター）が主体となって実施しており、みやま市介護支援課や、この申込書をもらった医療機関（かかりつけ医）で、登録申込みができます。

1. 登録することのメリット

登録することで、登録者の医療・介護・健診の情報が、「とびうめネット」に参加する医療機関等で24時間いつでも確認ができるようになり、登録者の医療・介護・健診の情報が、緊急時に医療機関等に伝わることによって、登録者に対し、適切で迅速な治療につながるといったメリットがあります。

2. 「とびうめネット」で共有される情報

- （１）氏名・性別・住民票の住所・生年月日・アレルギーの有無・緊急連絡先
- （２）今までにかかった医療機関名や病名、出された薬などの医療情報
- （３）要介護認定の状況や担当ケアマネジャーの事業所などの介護情報
- （４）特定健診などの健康診査の結果
- （５）その他、医療・介護サービスの提供のために共有が必要な情報

※ 福岡県国民健康保険団体連合会にある情報（国民健康保険医療情報、後期高齢者医療情報、介護保険情報、特定健康診査・特定保健指導情報、後期高齢者健康診査情報）のうち、上記の（１）～（５）の情報をみやま市からとびうめネット事務局に提供し、とびうめネットに参加する医療機関等で確認されます。

3. 個人情報の保護について（個人情報 は 固く守られます）

- ① 外部からの不正な侵入や情報漏えいを防止するため、情報共有は専用回線で行っています。
- ② また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）など、国の基準に準拠したセキュリティ対策を講じています。
- ③ 登録者の情報を参照できるのは、「とびうめネット」に参加する機関のみです。

4. とびうめネットの参加機関

- ① とびうめネット参加医療機関等は、とびうめネットホームページをご参照ください。
- ② 登録者への適切で迅速な医療の提供のため、医療機関のほか、今後、**参加機関を拡充**していくことがあります。（例：消防署、地域包括支援センター）

5. 登録をやめたいとき

「とびうめネット」の登録はいつでも取消することができます。ご自身の情報について、とびうめネットへの登録の状況や、とびうめネットからの登録取消しは、とびうめネット事務局にお問い合わせください。（とびうめネット事務局 電話092-476-3809）

※ご注意

- ・「とびうめネット」について説明を受け、内容を了承された方のみ登録してください。
- ・「とびうめネット」を利用されなかった場合や、途中で利用を中止した場合でも、今後の診療等に影響はありません。

医療機関などで登録者の情報がみられるようになるまで (目安)

みやま市介護支援課、又は医療機関など（かかりつけ医など）で、とびうめネットの説明を受け、登録申込書に必要事項を記入してください。

- ・ とびうめネットについて説明を受け、内容について了承
- ・ 登録を希望する方が、登録申込書に必要事項を記入（代理記入可）

登録申込書を各窓口へ提出

- ・ みやま市介護支援課へ提出
- ・ この申込書をもらった医療機関（かかりつけ医）へ提出

提出された登録申込書を「とびうめネット事務局」へ送付

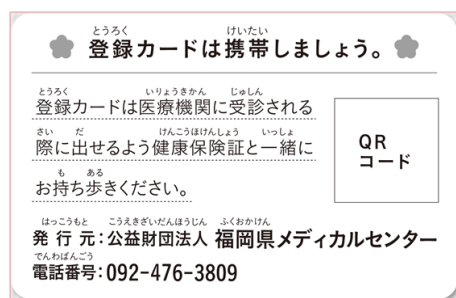
- ・ みやま市介護支援課からとびうめネット事務局へ送付します。

登録カードが手元に届きます

- ・ 医療機関などで登録者の情報が確認できるようになったら、とびうめネット事務局から、登録者にあてて、ピンク色の封筒で「登録カード」が届きます。
- ・ 登録カードは、財布などに入れて携帯してください。



(表面)



(裏面)

※ 登録申込書を窓口へ提出してから、2か月程度で医療機関などで登録者の情報が確認できるようになります。



とびうめネット登録に関するQ&A

Q1 医療、介護、健診情報が、医療機関などで共有されることは、新しい仕組みなのか。

A1

- あなたの医療、介護、健診情報を医療機関が共有することは、新たな取り組みではなく、これまでも行われています。受診した病院や診療所などで、お薬手帳を提示したり、問診票で病名や他にかかっている病院などを記入していたと思います。
- 病院や診療所は、必要に応じて、あなたの病気や薬の詳しい情報を、別の病院や診療所に問い合わせたりしています。とびうめネットに登録することもこれと同じことです。
- とびうめネットに登録していただくことで、このネットワークを通じて、病院や診療所が、より正確なあなたの情報をいち早く確認し、適切な診療に役立てます。

Q2 登録することに費用がかかるのか。

A2

- 登録された方に、費用はかかりません。

Q3 個人情報が共有されることが心配。わたし（登録者）の情報を誰が見るのか。

A3

- あなたの医療、介護、健診の情報は、福岡県内の病院や診療所のうち、とびうめネットに参加している病院や診療所でしか見ることはできません。また、診療に必要な範囲でしか見ることはありません。
- 情報を見るときは、とびうめネット専用回線（インターネットに繋がっていない独自回線）を使用します。
- また、不正な利用を防止するため、誰がどのように情報を見たのかを、定期的にチェックします。

Q4 すでに「とびうめネット」に登録しているかを確認したい。また、一度登録した氏名、住所、緊急連絡先などが変更になった場合や、登録を取り消したい場合は、どうしたらいいか。

A4

- とびうめネット事務局（公益財団法人福岡県メディカルセンター）にご連絡ください。
- なお、すでに登録済みの方が再度登録用紙を提出されても、とびうめネット事務局で、同一の方として確認し、情報をひとつにまとめますので、重複して登録されることはありません。

【とびうめネット事務局】 電話 092-476-3809

「とびうめネット」について、ホームページでもご覧いただけます。



とびうめネット

<https://tobiumenet.com>

登録申込書

書き方

みやま市長 あて
公益社団法人福岡県医師会長 あて

私は、福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」（以下「とびうめネット」といいます。）について説明を受け、その内容について了承しました。その上で、以下のことに同意し、「とびうめネット」への登録を申し込みます。

【同意事項】

- 私の医療、介護、健診情報及び下記記載事項が、とびうめネットに提供され、関係機関で共有されることに同意します。
- とびうめネットに参加している病院や診療所等の関係機関が、適切な治療の提供のため、とびうめネットによって、私の情報を閲覧することに同意します。

記入日： 令和6 年 10 月 15 日

本人の氏名
(必須)

飛梅 花子

登録される方本人のお名前を記入してください

代筆者の氏名
(代筆の場合)

有明 次郎

電話番号：0944-99-9999

本人との関係：ケアマネジャー

本人了承のもと、代筆される方のお名前

【登録者本人の情報】

本人又は代筆者が記入してください

フリガナ

トビウメ ハナコ

性別

男 ・ 女

氏名

飛梅 花子

電話番号

携帯・自宅
000 - 0000 - 0000

住民票の住所

※ご本人の情報を正確に登録するため、住民票の住所を正しく記入してください。
〒 999 - 9999 住民票どおりに記載してください
福岡県みやま市 瀬高町〇〇999番地

生年月日
(年齢)

[大 昭・平・令] 17 年 1 月 1 日 (81 歳)

アレルギー

有 ・ 無
食べ物： 卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ その他[]
お薬： 抗生剤

緊急連絡先

(フリガナ) トビウメ マツオ
氏名： 飛梅 松夫 (本人との関係： 孫)
電話番号(携帯・自宅)： 000 - 0000 - 0000

【提出者の情報】

※上記記載内容に不備がある場合など、事務局から確認させていただく場合があります。

提出者氏名

□本人による提出（提出が代理人の場合は、再度記載をお願いします）

提出者欄に記載の方(事業所)へ、とびうめネット事務局から電話で問い合わせをすることがあります
本人提出の場合は、提出者氏名欄の□に✓を入れてください

事業所・施設

所在地：みやま市梅原〇〇-〇〇

電話番号：〇〇-〇〇〇〇

みやま市長 あて
公益社団法人福岡県医師会長 あて

私は、福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」（以下「とびうめネット」といいます。）について説明を受け、その内容について了承しました。その上で、以下のことに同意し、「とびうめネット」への登録を申し込みます。

【同意事項】

- 私の医療、介護、健診情報及び下記記載事項が、とびうめネットに提供され、関係機関で共有されることに同意します。
- とびうめネットに参加している病院や診療所等の関係機関が、適切な治療の提供のため、とびうめネットによって、私の情報を閲覧することに同意します。

記入日： 年 月 日

本人の氏名
(必須)

代筆者の氏名
(代筆の場合)

電話番号： - -

本人との関係：

【登録者本人の情報】

基本情報	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名		電話番号	(携帯・自宅) - -
	住民票の住所	※ご本人の情報を正確に登録するため、住民票の住所を正しく記入してください。 〒 - 福岡県みやま市		
	生 年 月 日 (年 齢)	[大・昭・平・令] 年 月 日 (歳)		
	ア レ ル ギ ー	有 ・ 無		
		食べ物： 卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ その他[] お 薬：		
	緊 急 連 絡 先	(フリガナ) 氏 名： (本人との関係：)		
電話番号(携帯・自宅)： - -				

【提出者の情報】

※上記記載内容に不備がある場合など、事務局から確認させていただく場合があります。

提出者氏名

□本人による提出（提出が代理人の場合は、再度記載をお願いします）
(本人との関係：)

事業所・施設

名 称：

所在地：

電話番号：

みやま市長 あて
公益社団法人福岡県医師会長 あて

私は、福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」（以下「とびうめネット」といいます。）について説明を受け、その内容について了承しました。その上で、以下のことに同意し、「とびうめネット」への登録を申し込みます。

【同意事項】

- 私の医療、介護、健診情報及び下記記載事項が、とびうめネットに提供され、関係機関で共有されることに同意します。
- とびうめネットに参加している病院や診療所等の関係機関が、適切な治療の提供のため、とびうめネットによって、私の情報を閲覧することに同意します。

記入日： 年 月 日

本人の氏名
(必須)

代筆者の氏名
(代筆の場合)

電 話 番 号： - -

本人との関係：

【登録者本人の情報】

基 本 情 報	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		電話番号	(携帯・自宅) - -
	住民票の住所	※ご本人の情報を正確に登録するため、住民票の住所を正しく記入してください。 〒 - 福岡県みやま市		
	生 年 月 日 (年 齢)	[大・昭・平・令] 年 月 日 (歳)		
	ア レ ル ギ ー	有 ・ 無		
		食べ物： 卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ その他[] お 薬：		
	緊 急 連 絡 先	(フリガナ) 氏 名： (本人との関係：)		
電話番号(携帯・自宅)： - -				

【提出者の情報】

※上記記載内容に不備がある場合など、事務局から確認させていただく場合があります。

提出者氏名

□本人による提出（提出が代理人の場合は、再度記載をお願いします）
(本人との関係：)

事業所・施設

名 称：

所在地：

電話番号：

みやま市長 あて
公益社団法人福岡県医師会長 あて

私は、福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」（以下「とびうめネット」といいます。）について説明を受け、その内容について了承しました。その上で、以下のことに同意し、「とびうめネット」への登録を申し込みます。

【同意事項】

- 私の医療、介護、健診情報及び下記記載事項が、とびうめネットに提供され、関係機関で共有されることに同意します。
- とびうめネットに参加している病院や診療所等の関係機関が、適切な治療の提供のため、とびうめネットによって、私の情報を閲覧することに同意します。

記入日： 年 月 日

本人の氏名
(必須)

代筆者の氏名
(代筆の場合)

電話番号： - -

本人との関係：

【登録者本人の情報】

基本情報	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名		電話番号	(携帯・自宅) - -
	住民票の住所	※ご本人の情報を正確に登録するため、住民票の住所を正しく記入してください。 〒 - 福岡県みやま市		
	生 年 月 日 (年 齢)	[大・昭・平・令] 年 月 日 (歳)		
	アレルギー	有 ・ 無		
		食べ物： 卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ その他[] お 薬：		
	緊急連絡先	(フリガナ) 氏 名： (本人との関係：)		
電話番号(携帯・自宅)： - -				

【提出者の情報】

※上記記載内容に不備がある場合など、事務局から確認させていただく場合があります。

提出者氏名

□本人による提出（提出が代理人の場合は、再度記載をお願いします）
(本人との関係：)

事業所・施設

名 称：

所在地：

電話番号：

