

令和7年度スタート

電子カルテ情報共有サービス 概要案内

【医療機関、薬局の方々へ】

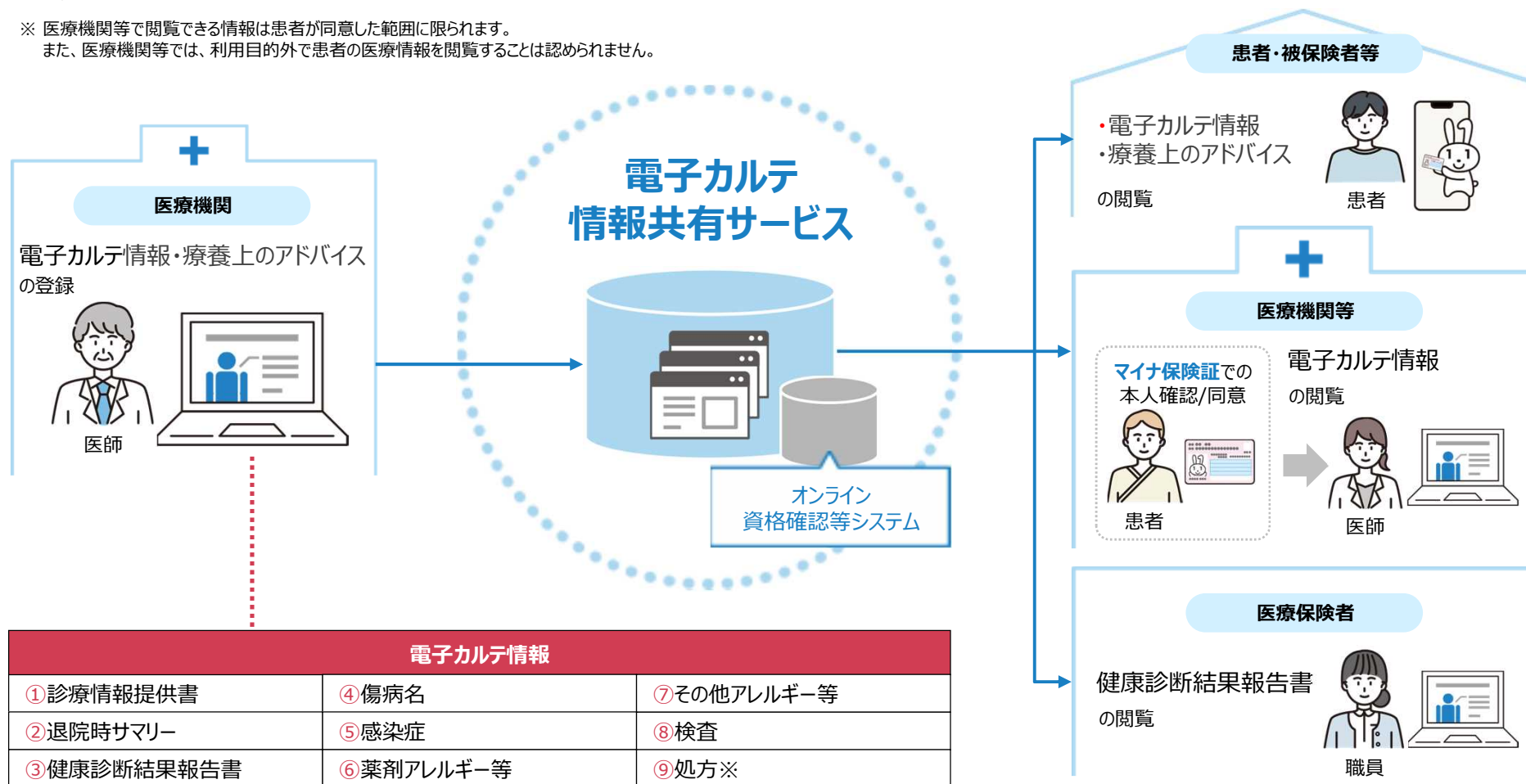
令和7年3月
厚生労働省医政局

「電子カルテ情報共有サービス」で出来ること

「電子カルテ情報共有サービス」は、医療機関で記録された電子カルテ情報の一部を、マイナ保険証を利用することで、全国の他の医療機関等が閲覧できる仕組みです。電子カルテ情報共有サービスを用いることにより、他の医療機関において診断された傷病名やアレルギー、検査結果などのデータが医療機関等においてより迅速かつ正確に把握できるようになり、より安全で質の高い医療の提供に役立ちます。また、電子カルテ情報共有サービスに登録された情報は、マイナポータルを使ってご本人も確認することができます。

※ 医療機関等で閲覧できる情報は患者が同意した範囲に限られます。

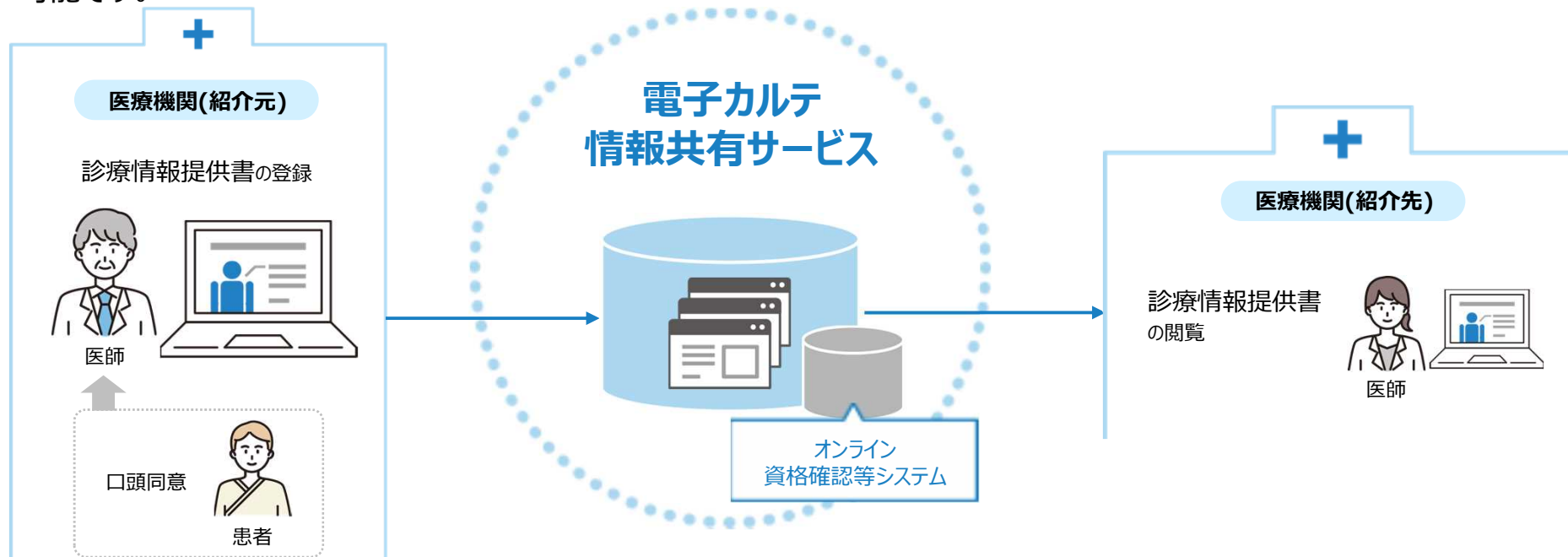
また、医療機関等では、利用目的外で患者の医療情報を閲覧することは認められません。



※ 診療情報提供書、退院時サマリーに記載のあった内容を利用

①文書送受信サービス

診療情報提供書（紹介状）を、紹介先の医療機関等宛てに電子送付できる仕組みです（紹介先医療機関に送付する前に、口頭で患者の同意を得る必要があります）。紹介先医療機関は、すぐに診療情報提供書を閲覧することが可能になり、医療機関間の情報連携が効率よく行えるようになります。診療情報提供書には必要に応じて退院時サマリー等を添付することが可能です。



医療機関(紹介元)のメリット

電子化によるコスト削減・効率化

- 電子化されることによって、従来の紙での印刷・郵送にかかる事務コスト削減と業務効率化が期待できる。

患者・被保険者等のメリット

待ち時間削減、持参忘れ防止

- 診療情報提供書が出来上がるまで待合室等で長時間待機しなくても済む。また、診療情報提供書の持参忘れも防止できる。

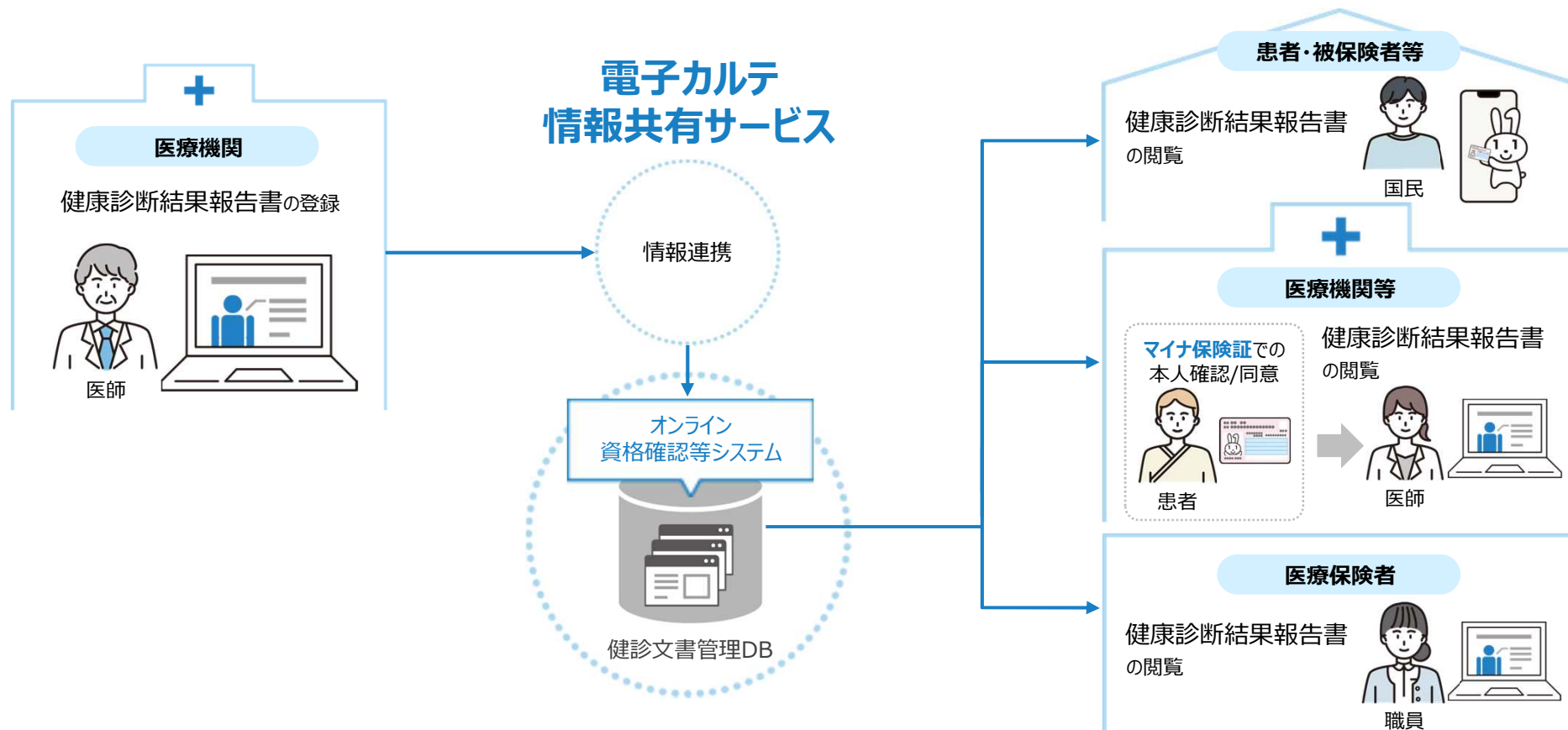
医療機関(紹介先)のメリット

電子的な送受信による効率化

- リアルタイムに診療情報提供書を受信でき、事前に閲覧できる。電子情報のため、スキャン等にかかる事務の手間を削減できる。

②健診文書登録・閲覧サービス

医療機関が電子カルテ情報共有サービスに健康診断結果報告書（以後、健診文書）を登録することで、迅速に健診結果をマイナポータルで本人が閲覧できるほか、全国の医療機関等及び加入する医療保険者等が取得・閲覧できる仕組みです。



医療機関等のメリット

診療時に活用できる情報の拡大

- 受療歴がない初診患者でも、経年的な健康状態を把握できることで、より良い診療を提供できる。

患者・被保険者等のメリット

タイムリーな結果確認

- 健診受診後、これまでよりも迅速に健診結果を確認できる。これにより早期の生活習慣改善や医療機関受診につなげられる。

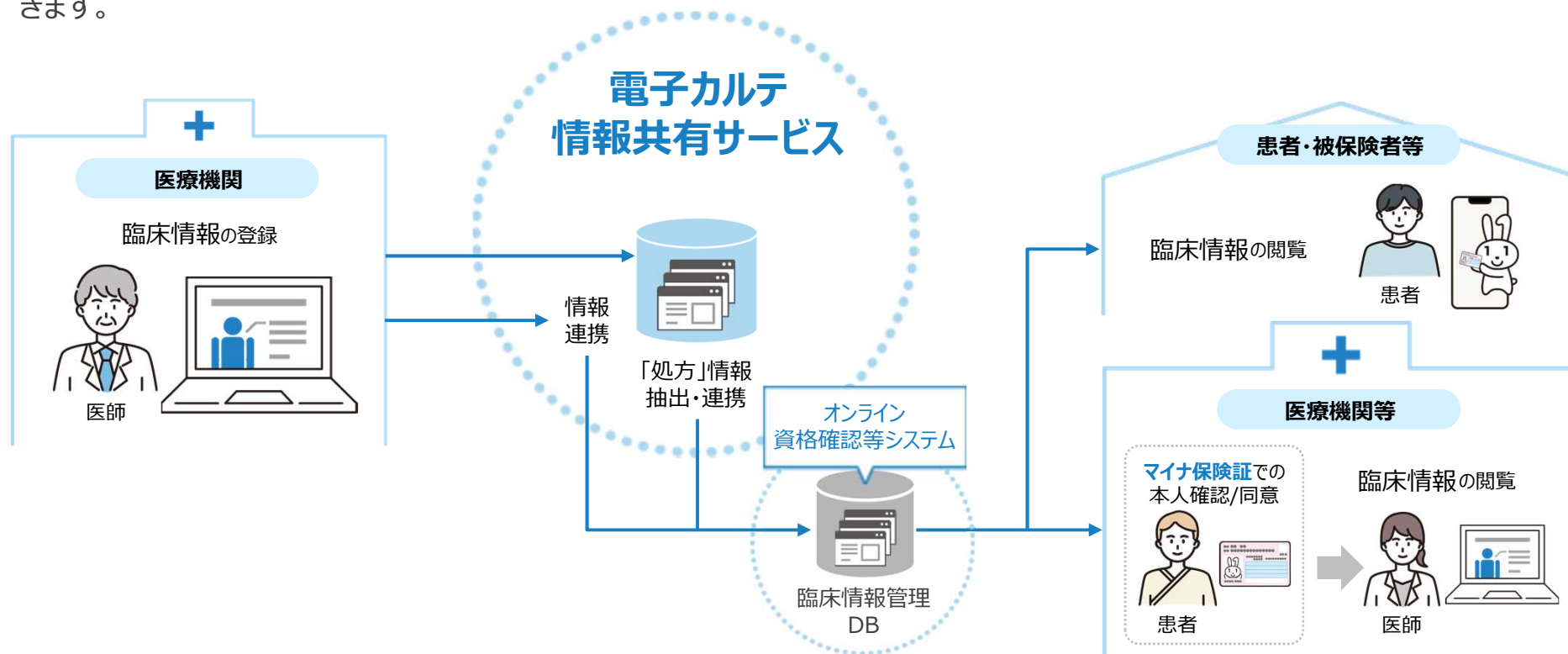
医療保険者のメリット

電子化による手入力転記作業削減

- 医療機関等から紙媒体等で健診結果を受領したものを、データ化する手間やデータの入力誤り等の低減、目視チェックの事務コスト削減が期待できる。

③ 臨床情報登録・閲覧サービス

電子カルテに登録されている臨床情報(傷病名・検査・感染症・アレルギー等・処方)を全国の医療機関等や患者が取得・閲覧できる仕組みです。他の医療機関において診断された傷病名やアレルギー、検査結果を迅速に確認できることで、救急医療等の日常の診療に活用されるほか、災害時に避難先の医療機関等で病名やアレルギーの情報などの必要な医療情報が確認できます。



医療機関等のメリット

医療の質向上、医療安全への貢献

- ・医薬品や食品等のアレルギー情報が正確に把握できていることで、安全な医療の提供が可能。

患者・被保険者等のメリット

日常診療や救急時・災害時における質の高い医療

- ・医療機関等が、日常診療のみならず、救急時や災害時を含めて、患者の傷病名や検査結果、薬剤アレルギー等に関する情報を閲覧することができるようになり、より質の高い医療を受けられる。

④患者サマリー登録・閲覧サービス

医師から患者に対して提供される療養上のアドバイスをマイナポータルから閲覧できる仕組みです。アドバイスをを行った傷病名や検査結果、処方情報等が見やすい形で提供されるため、自身の病気の状況の把握やアドバイスに基づいた生活習慣改善に役立てることが可能です。



医療機関のメリット

患者への正確なアドバイス情報の伝達

- 患者に指導した、生活習慣改善方法等のアドバイス内容を、正確に伝えることができる。

患者・被保険者等のメリット

正確な振り返りと理解の醸成

- わかりやすくまとめられた情報がいつでもどこでも振り返りできることで、療養上のアドバイスの正確な理解に寄与。

診療情報提供書、退院時サマリーの対象範囲

- 診療情報提供書は、厚生労働省の診療情報提供書様式(別紙様式11)に対応している他、様々な関連情報を登録できます。
- 退院時サマリーは、診療情報提供書の添付情報として、紹介元/紹介先医療機関間で送受信できます。
- 上記文書に、キー画像(PNG・JPEG・TIFF形式)や各種検査レポート等(PDF形式)を添付することもできます。

診療情報提供書の主な項目

紹介目的	・ 紹介目的
既往歴及び家族歴	・ 既往歴 ・ 家族歴
症状経過及び検査結果	・ 現病歴 ・ 検査結果
治療経過	・ 臨床経過 ・ 診療方針指示
現在の処方	・ 投薬指示
備考	・ 備考・連絡情報
その他関連情報	・ 傷病名・主訴
	・ アレルギー・不耐性反応
	・ 身体所見
	・ 感染症情報
	・ 社会歴・生活習慣
	・ 予防接種
	・ 手術
	・ 輸血歴
	・ 処置
	・ 患者が使用、装着、離脱した医療機器
	・ 患者や家族の治療意思と治療方針への同意
	・ 臨床研究参加
	・ 添付情報

退院時サマリーの主な項目

・ 入院時診断
・ アレルギー・不耐性反応
・ 主訴
・ 入院理由
・ 現病歴
・ 既往歴
・ 入院時服薬
・ 社会歴・生活習慣
・ 入院時身体所見
・ 家族歴
・ 入院中経過
・ 退院時詳細（退院時転帰、退院先等）
・ 退院時診断
・ 退院時投薬指示
・ 退院時方針指示
・ 退院時身体所見
・ 入院中治療（手術・処置等）
・ 入院中検査結果
・ 患者が使用、装着、離脱した医療機器
・ 予防接種
・ 患者や家族の治療意思と治療方針への同意
・ 臨床研究参加
・ 添付情報

健診文書の対象範囲

- 特定健診及び後期高齢者健診の制度に基づいて実施する項目に加え、新たに事業者健診で取り扱う「業務歴」や、「視力」、「聴力」、「胸部エックス線検査」、「喀痰検査」の結果を登録・閲覧できます。

種別	健診文書の項目
診察	既往歴、 <u>業務歴</u> 、自覚症状、他覚症状
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
肝機能検査	AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）
血中脂質検査	空腹時中性脂肪、随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、Non-HDLコレステロール
血糖検査	空腹時血糖、HbA1c、随時血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白
血液学検査(貧血検査)	ヘマトクリット値、血色素量（ヘモグロビン値）、赤血球数
その他	心電図、眼底検査、血清クレアチニン（eGFR）、 <u>視力</u> 、 <u>聴力</u> 、 <u>胸部エックス線検査</u> 、 <u>喀痰検査</u>
医師の判断	医師の診断（判定）、メタボリックシンドローム判定、保健指導レベル
質問票	標準的な質問票、後期高齢者の質問票

※下線部分：既存のオンライン資格確認等システムから閲覧できる特定健診等情報との追加差分内容

感染症、検査情報の対象範囲

- 感染症情報としては、**梅毒、HBV、HCV、HIV**に関する感染症の検査結果を登録・閲覧できます。
- 検査情報としては、「救急での医療機関受診時に、これまでの健康・医療情報を適切に把握する必要がある項目」と「生活習慣病について医療機関が参照したり、患者が自己管理をするために有用な項目」に関する43項目の検査結果を登録・閲覧できます。

感染症情報	
1	梅毒STS（RPR法）
2	梅毒TP抗体
3	HBs
4	HCV
5	HIV

検査情報			
1	総蛋白（TP）	23	クロール（Cl）
2	アルブミン	24	カルシウム（Ca）
3	クレアチンキナーゼ（CK）	25	総ビリルビン（T-Bil）
4	AST（GOT）	26	直接ビリルビン（D-Bil）
5	ALT（GPT）	27	血算-白血球数
6	LD（LDH）	28	血算-赤血球数
7	アルカリフォスファターゼ（ALP）	29	血算-ヘモグロビン
8	γ-GTP（GGT）	30	血算-血小板数
9	コリンエステラーゼ（ChE）	31	活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）
10	アミラーゼ（AMY）	32	プロトロンビン時間
11	クレアチニン（Cre）	33	Dダイマー（DD）
12	シスタチンC	34	尿蛋白
13	尿酸（UA）	35	尿糖
14	尿素窒素（BUN）	36	尿潜血
15	グルコース（血糖）	37	尿中蛋白/クレアチニン比（P/C比）
16	HbA1c（NGSP）	38	尿中アルブミン/クレアチニン比（A/C比）
17	中性脂肪（TG）	39	脳性Na利尿ペプチド（BNP）
18	総コレステロール（T-CHO）	40	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）
19	HDL-コレステロール（HDL-C）	41	C反応性蛋白（CRP）
20	LDL-コレステロール（LDL-C）	42	血液型-ABO
21	ナトリウム（Na）	43	血液型-Rh
22	カリウム（K）		

傷病名情報の閲覧内容

- 診断をつけた傷病名を対象に閲覧できます。なお、転帰した終了病名については欄を分けて表示されます。
- どの医療機関が何の傷病名を記録したかが分かるほか、「転帰状況(終了病名かどうか)」、「主傷病の有無」、「未告知の有無」、「疑い病名」、「接頭/接尾の修飾語」などの補足情報も閲覧できます。
- 「未告知」のついた傷病名については、医療機関からのみ閲覧できるようになっており、患者本人がマイナポータルから閲覧できないようになっています。



傷病名

病名

病名開始日	傷病名	登録医療機関名	長期保存
2024年08月24日	主 インフルエンザ	△△内科クリニック	
2020年04月21日	前立腺癌の疑い 未告知	□□大学病院	
2016年05月30日	主 2型糖尿病	××病院	○
2012年06月20日	高血圧症	△△内科クリニック	

Sample

終了病名

病名開始日	終了日	傷病名	登録医療機関名	長期保存
2023年06月20日	2023年07月03日	急性腎盂腎炎	××病院	
2022年01月09日	2022年01月23日	主 膀胱癌の術後	□□大学病院	
2021年06月09日	2021年07月09日	主 急性副鼻腔炎	△△内科クリニック	
2014年10月27日	2014年11月10日	主 後頭部外傷・頭蓋内に達する開放創合併あり	◇◇医療センター	○

Sample

アレルギー等情報の閲覧内容

- 過去にアレルギー反応があった医薬品や生物学的製剤、アレルギー以外の機序による医薬品や生物学的製剤への不耐症などの情報を閲覧できます。
- どこの医療機関が何の薬剤アレルギー等を記録したかが分かるほか、「重症度(高、低、評価不能)」、「症状」、「確認状況(確認済み、未確認、再評価後に否定)」などの補足情報も閲覧できます。



薬剤アレルギー等情報

登録日	薬剤名	重症度	症状	確認状況	登録医療機関名	長期保存
2023年9月22日	ロキソプロフェンナトリウム水和物	低			□□大学病院	
2023年7月20日	バンコマイシン点滴静注用0.5g	低	皮膚そう痒症	再評価後に否定	××病院	
2012年6月22日	セフトリアキソンナトリウム静注用1g	高	全身薬疹	確認済み	××病院	○

Sample

- 過去にアレルギー反応があった「食品」や「非食品(日用品や生活環境、動植物に由来するもの)」等を閲覧できます。
- どこの医療機関が何の薬剤アレルギー等を記録したかが分かるほか、「カテゴリ(食品、環境)」、「重症度(高、低、評価不能)」、「症状」、「確認状況(確認済み、未確認、再評価後に否定)」などの補足情報も閲覧できます。



その他アレルギー等情報

登録日	カテゴリ	アレルギー	重症度	症状	確認状況	登録医療機関名	長期保存
2023年7月20日	環境	スギ	低	鼻炎	再評価後に否定	××病院	
2022年9月20日		ネコ				◇◇診療所	
2012年6月22日	食品	食用鳥卵	高	アナフィラキシーショック	確認済み	××病院	○
	食品	落花生	低	そう痒症	未確認	××病院	○

Sample

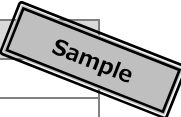
感染症、検査情報の閲覧内容

- どの医療機関の検査オーダーで出た検査結果かが分かるほか、各検査項目に対する、「検体採取日」、「基準値」、「評価(高値、低値)」、「進捗ステータス(確定、中間)」などの補足情報も閲覧できます。



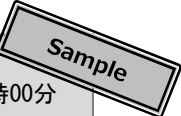
感染症情報

検体採取日時	検査項目	基準値	検査結果	登録医療機関名	長期保存
2024年10月21日15時10分	梅毒TP抗体(定性)	陰性	判定保留	〇〇クリニック	
2024年10月21日15時10分	HBs抗原(定量)	~0.03U/mL	0.04U/mL H	〇〇クリニック	
2023年04月07日11時00分	HBs抗体(定性)	(—)	陰性	◇◇診療所	
2010年07月08日10時30分	HIV-1+2抗体(定性)	陰性	陽性	××病院	○



検査情報(救急・生活習慣病)

検査項目	最新 採取日時 : 2024年10月21日15時10分 実施機関 : 〇〇クリニック			前回 採取日時 : 2024年8月17日09時00分 実施機関 : 〇〇クリニック			前々回 採取日時 : 2024年04月20日09時00分 実施機関 : ××病院		
	基準値	結果		基準値	結果		基準値	結果	
総蛋白(TP)	6.6~8.1 g/dL	5.6 g/dL	L 中間	6.6~8.1 g/dL	7.6 g/dL	確定	6.5~7.9 g/dL	6.8 g/dL	確定
アルブミン	3.0~5.0 g/dL	4.2 g/dL	中間	3.0~5.0 g/dL	4.6 g/dL	確定	3.9 g/dL~	4.3 g/dL	確定
γ-GT(γ-GTP)							4.0~67 U/L	421 U/L	H 確定
総コレステロール(T-CHO)	120~219 mg/dL	210 mg/dL	中間	120~219 mg/dL	253 mg/dL	H 確定			
総ビリルビン(T-Bil)							0.20~1.20 mg/dL	1.27 mg/dL	確定
血算-白血球数	3.3~8.6 X10*3/μL	5.0 X10*3/μL	中間				3.3~9.0 X10*3/μL	4.9 X10*3/μL	確定
血算-赤血球数	435~555 X10*4/μL	500 X10*4/μL	中間	435~555 X10*4/μL	510 X10*4/μL	確定	430~570 X10*4/μL	524 X10*4/μL	確定
プロトロンビン時間(PT-活性)							70~140 %	97 %	確定
尿蛋白(定性)				(—)	±	確定			
CRP(定量)	0.00~0.40 mg/dL	0.02 mg/dL	中間						
血液型(ABO)					AB	確定		AB	確定



処方情報(診療情報提供書、退院時サマリに記載のあった内容のみ)の閲覧内容

- 退院後等の患者フォローアップに役立てられるように、診療情報提供書および退院時サマリーに記述された処方情報を対象に閲覧できます。
- どこの医療機関でオーダされた処方かが分かるほか、各処方薬に対する、「処方日」、「用法」、「投与日数」、「1回用量」、「調剤指示(別包指示、一包化指示、混合指示、粉碎指示)」、「補足指示(日付間隔指定、曜日指定、日付指定、期間内回数指定、不均等)」、「持参薬該当有無」、「用法区分(内服、概要、注射、注入等)」、処方情報の抽出元となった文書区分(入院時、入院中、退院時、外来時)などの補足情報も閲覧できます。



処方情報(診療情報提供書、退院時サマリに記載のあった内容のみ)

処方日	医療機関名	文書区分	用法区分	RP	・医薬品名称(成分名)/1回用量/調剤指示/補足指示<持参薬かどうか> 【用法/投与日数】
2024年07月20日	××クリニック	外来時	内服	1	・リーゼ錠5mg(クロチアゼパム)/1錠// 【不安時/10日分】
2024年07月01日	〇〇病院	入院中	経口	1	・プレドニゾン錠5mg(プレドニゾン)///不均等・1回目・4錠、不均等・2回目・2錠、不均等・3回目・1錠 【1日3回朝昼夕食後/28日分】
2023年06月17日	△△大学病院	退院時	経口	1	・オルメサルタン0D錠20mg(オルメサルタンメドキシミル)/1錠/一包化指示/<持参薬> ・エルデカルシトールカプセル0.5μg(エルデカルシトール)/1カプセル/一包化指示/<持参薬> 【1日1回朝食後/56日分】
			経口	2	・メトクロプラミド錠5mg(メトクロプラミド)/1錠/粉碎指示/ 【1日3回朝昼夕食前/56日分】
			貼付	1	・ロキソプロフェンテープ100mg(ロキソプロフェンナトリウム水和物)/1枚// 【1日1回/8日分】

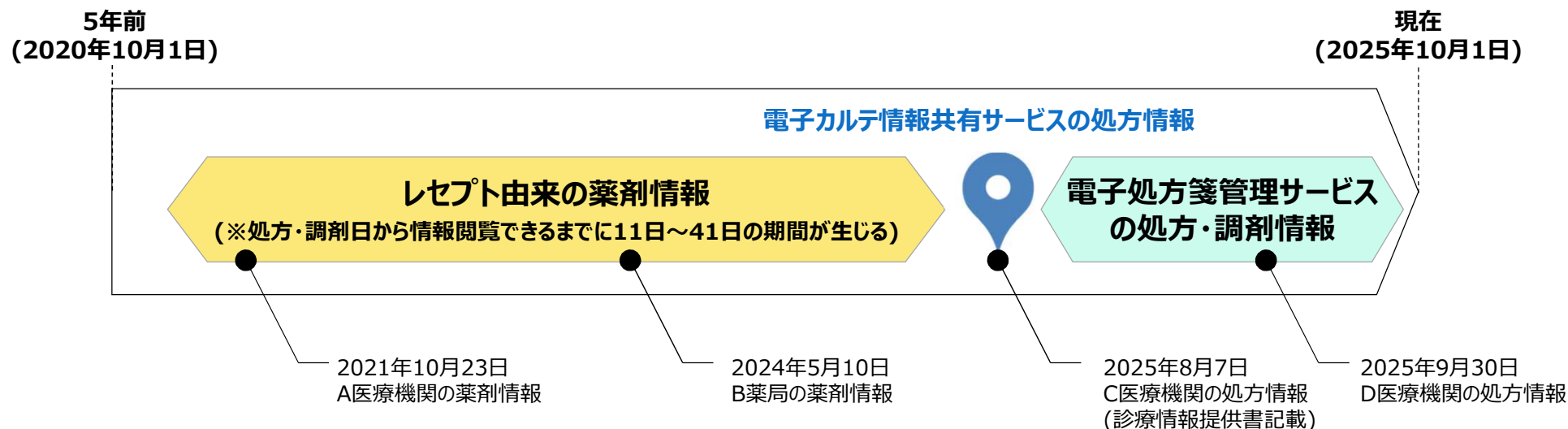
Sample

参考. レセプト薬剤情報や電子処方箋との関係について

- オンライン資格確認に対応していれば、約1か月前から5年前までのレセプト由来の薬剤情報が閲覧でき、全国の保険医療機関・薬局を対象とした網羅的な情報把握に役立ちます。
- また、電子処方箋に対応していれば、直近100日間の処方情報・調剤情報が閲覧でき、より直近の情報把握に役立ちます。
- 一方、電子カルテ情報共有サービスに対応することで、直近100日間の処方情報(診療情報提供書、退院時サマリーに記載のあった内容のみ)が閲覧でき、紹介元医療機関が他医療機関に情報共有すべきと判断した要点の把握に役立ちます。

種類	基となる情報	保存期間
レセプト由来の薬剤情報	・医療機関・薬局から審査支払機関に請求する電子レセプト	5年間分
電子処方箋管理サービスの処方・調剤情報	・医療機関から発行される電子処方箋/登録される処方箋情報 ・薬局から登録される調剤結果情報	100日間分
電子カルテ情報共有サービスの処方情報	・医療機関から発行される診療情報提供書、退院時サマリー	100日間分もしくは直近3回分

(例)



患者サマリー(療養上のアドバイス) の閲覧内容

- 患者サマリーでは、電子カルテ情報共有サービスと電子処方箋管理サービスに登録され、オンライン資格確認等システム上で保存されるデータを組み合わせて組成された要約情報を閲覧できます。
- 傷病名は、療養上のアドバイスを記述する上で関連する傷病です。そのうち主傷病は、主として治療または検査をした傷病を指します。
- 療養上のアドバイスは、服薬や運動等について、医師から患者に対して情報連携する必要がある指導内容になります。
(例) 1. 致命的な疾患リスク、既往を持つ患者、重症疾患を持つ患者に対する注意事項
2. 今後の加療の見通し(治療の流れについての確認)
3. 慢性的な疾患(生活習慣病等)で、症状が安定している患者に対する指導 等
- 検査情報と処方情報は、指導日から直近過去30日間に指導実施医療機関が登録した情報から出力します。

閲覧内容	閲覧対象	出力期間	データ出力元
医療機関名	患者サマリーを登録した医療機関の基本情報	【閲覧日から起算して直近過去180日分を出力】	電子カルテ情報共有サービス (患者サマリー登録・閲覧サービス) ※保存期間： 本サービス登録日から180日
診療科名			
医師氏名			
外来/入院区分			
指導日			
傷病名(主傷病＋副傷病)	患者サマリーとして登録した傷病名(主傷病＋副傷病)	【閲覧日から起算して直近過去180日分を出力】	電子カルテ情報共有サービス (臨床情報登録・閲覧サービス)
療養上のアドバイス	患者サマリーとして登録した療養上のアドバイス	【閲覧日から起算して直近過去180日分を出力】	
薬剤アレルギー情報等	電子カルテ情報共有サービスに保存されている薬剤アレルギー等、その他アレルギー等(指導実施医療機関に限らない)	【全期間分を出力】	
その他アレルギー情報等			
感染症情報	電子カルテ情報共有サービスに保存されている感染症5項目(指導実施医療機関に限らない)	【全期間分を出力】	
検査情報	指導した医療機関が登録した検査43項目	【指導日から起算して直近過去30日分を出力】	電子処方箋管理サービス
処方情報	指導した医療機関が登録した院外処方箋情報	【指導日から起算して直近過去30日分を出力】	

各種情報のデータ保存期間

- 保存期間の起算日は、電子カルテ情報共有サービスに登録した日付となります。（情報の発生日(発症日等)や医療機関等システムへの記録日(オーダ入力日時等)ではありません。）
- 傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等については、通常の保存期間を5年間としておりますが、長期の保存によって患者の利益となる有用な情報(生涯患う可能性の高い「遺伝性疾患」や「慢性疾患」等)については、登録医療機関が長期保存フラグを付与することで、長期間保存できるようにしています。

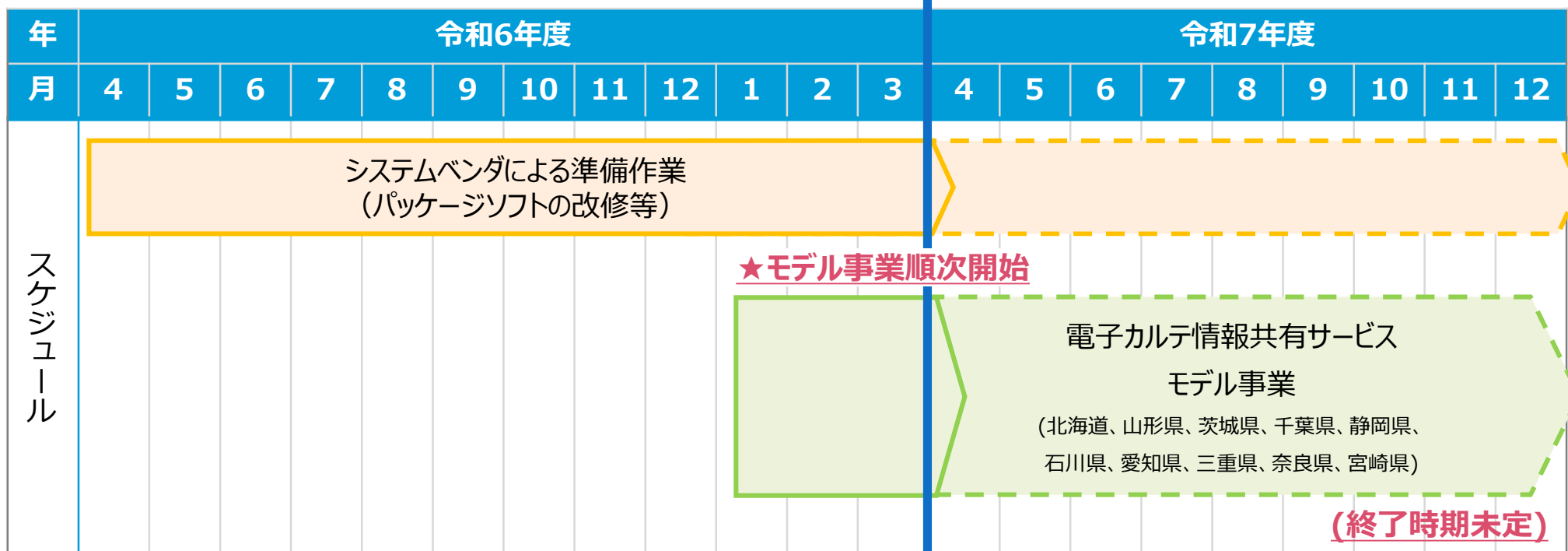
情報種別	保存期間の説明	長期保存
診療情報提供書	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 180日間 ※但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。	—
退院時サマリー	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 180日間 ※但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。	—
健診文書	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 5年間	—
傷病名情報	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 5年間	あり
薬剤アレルギー等情報	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 5年間	あり
その他アレルギー等情報	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 5年間	あり
感染症情報	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 5年間	あり
検査情報	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 1年間もしくは直近3回分 ※直近3回分の情報については期間に関わらず、保存されます。 直近4回目より過去の情報については登録から1年間を経過したタイミングで自動削除されます。	—
処方情報	電子カルテ情報共有サービスへの登録後から 100日間もしくは直近3回分 ※直近3回分の情報については期間に関わらず、保存されます。 直近4回目より過去の情報については登録から100日間を経過したタイミングで自動削除されます。	—
患者サマリー	電子カルテ情報共有サービスへの登録日から 180日間	—

利用開始に向けたスケジュール

電子カルテ情報共有サービスは、令和7年1月以降からモデル事業を順次開始予定（終了時期は検討中）であり、令和7年度中の本番稼動を予定しています。

まずはモデル事業を通じて、電子カルテ情報共有サービスの有用性や機能検証、課題収集を行い、さらなる活用方策について検討を図る予定のため、令和7年4月以降のスケジュールについては検討中となりますので、方針が確定し次第、別途ご案内します。

また、運用開始までに必要な準備作業や各種手続きのスケジュールについても、今後、順次医療機関等総合ポータルサイト等にてご案内していく予定です。



電子カルテ情報共有サービスについて

Question

Q) 電子カルテ内の診療記録情報すべてが他の医療機関に見られてしまいますか？

A) 電子カルテ情報共有サービスで取り扱う情報は「診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断報告書、臨床情報(傷病名・感染症・アレルギー等・検査・処方)」のみです。

各医療機関における電子カルテシステムで記録された、診療録(SOAP)に記載した患者所見や診療業務上のメモ等の情報が全て共有されるわけではありません。

Q) 電子処方箋と同様に、診療情報提供書等の様式等において記名・押印が求められている文書について、電子署名を行う必要はありますか？

A) 情報の改ざん防止だけでなく、なりすまし・否認防止の観点が重要であり、セキュリティ事案が発生した際の「責任の所在」を明確化するためにも、電子署名を行うことは重要です。

一方で、電子署名の取り扱いについては、本サービスにおいては医療機関の判断で電子署名を行わなくても共有可能としています。

電子カルテ情報共有サービスの運用について

Question

Q) 自施設の電子カルテシステムに記録されている傷病名の中には、他施設や患者に共有することが適切でない内容も含まれていますが、すべての傷病名情報を登録する必要がありますか？

A) 今後の診療の過程によって診断が変わる可能性が高い等の理由で、他の医療機関等や患者本人に共有することが適さないと医師が判断した場合には、個々の傷病名に対して「未提供」と設定することができます。

未提供設定された傷病名については、他の医療機関等からも患者本人からも閲覧できないようにシステム上で制御がかかります。

Q) 薬剤アレルギー等情報はどこまでの内容を登録する必要がありますか？

A) 過去にアレルギー反応があった情報を登録対象としています。そのため、医療用医薬品の添付文書の中で、特定の病気や妊娠等の患者に対して使用を禁じている情報については登録いただく必要はありません。

また、医薬品の銘柄が判明している場合は、必ず銘柄名まで登録いただく必要がありますが、不明の場合は、成分名のみを登録いただくことも可能です。さらに銘柄・成分名ともに不明の場合でも、例えば「セフェム系」のような系統情報を登録いただくことも可能です。

電子カルテ情報共有サービスの運用について

Question

Q) 診療情報提供書を送付する
前の他医療機関との患者の
受け入れ調整等にも使えます
か？

Answer

A) 電子カルテ情報共有サービスには、診療情報提供書送付前の事
前の受け入れ調整のための機能はありません。

電子カルテ情報共有サービスの利用開始に向けて

Question

Q) 電子カルテ情報共有サービスを始めるには、まず何をすればよいですか？

Q) オンライン資格確認や電子処方箋と同様に、補助金がありますか？

Answer

A) 利用にあたり、オンライン資格確認を導入している必要があるため、導入していない方は、お早めに準備をお願いします。

『[オンライン資格確認の導入に向けた準備作業手引き](#)』

具体的な手続き等については、順次、医療機関等向け総合ポータルサイトの『[電子カルテ情報共有サービス](#)』ページに掲載を予定しています。

まだ医療機関等向け総合ポータルサイトに登録していない場合は、[「初めてご利用になる方\(アカウント登録\)」](#)より登録をお願いします。

A) 医療機関等向け総合ポータルサイト＞電子カルテ情報共有サービス＞補助金 からご確認ください。詳細は[こちら](#)