

いしかわ診療情報共有ネットワーク同意書

下記情報共有利用施設の長様

私は、いしかわ診療情報共有ネットワークの趣旨・内容を理解しましたので、いしかわ診療情報共有ネットワークに参加する下記の利用施設において、私の診療情報が私の受ける共同診療等に活用されることに同意します。また、私の個人情報を伏せたうえで、ネットワークの統計資料に利用されることについても同意します。

患者記入欄	同意年月日	令和 年 月 日			
	フリガナ 患者氏名（自署）	男 ・ 女			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	代理人記入の場合	代理人氏名（自署）		続柄	

同意取得医療機関記入欄	担当医師氏名			
	説明者職氏名	氏名	職名：	
	説明医療機関名			患者番号：
	情報共有施設名	城北病院	患者番号：	
			患者番号：	
			患者番号：	
			患者番号：	
共有処理実施機関名（同意書原本保管）				

- ※ 1 確実な患者本人確認のために、各利用施設での患者番号を記入してください。
- ※ 2 患者さんに本紙の写しをお渡しください。
- ※ 3 別紙により情報の共有処理を行う医療機関を確認し、本紙を送付等してください。
(緊急時の事前 FAX 可)

以下 共有処理実施機関 記入欄

上記患者さんの情報の共有処理を完了しましたので、お知らせします。

整理番号		[備考]
処理年月日		
処理担当者 所属・氏名		