

にしたま ICT 医療ネットワーク参加同意書

院長殿

私は、にしたま ICT 医療ネットワークの趣旨・内容を理解しましたので、にしたま ICT 医療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。

| | | | | |
|---------|---|--|------|-------|
| 患者様ご記入欄 | 同意年月日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | フリガナ 患者氏名（自署） | 男 ・ 女 | | |
| | 同意範囲（ <input checked="" type="checkbox"/> ） | <input type="checkbox"/> 全ての診療情報 <input type="checkbox"/> （ ）科を除く全ての診療情報 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | （ ） - |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 代理人記入の場合 | 代理人氏名（自署） | | 続柄 |

| | | | | |
|--------------------|------------|----|-------|--|
| 医療機関記入欄 | 担当医師氏名 | | | |
| | 説明者職氏名(※1) | 氏名 | 職名： | |
| | 説明医療機関名 | | 患者番号： | |
| | 情報開示施設名 | | 患者番号： | |
| | | | 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 説明者欄は担当医師と説明者が異なる場合のみ記入してください。
 ※2 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。
 ※3 患者さんに本紙の写しをお渡しください。
 ※4 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 FAX してください。

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 | | |