

にしたま ICT 医療ネットワーク参加同意書

にしたま ICT 医療ネットワーク協議会 御中

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。

診療情報を公開する施設						
施設名				施設名		
	患者番号				患者番号	

上記以外に診療情報を参照する施設						
施設名				施設名		
	患者番号				患者番号	
施設名				施設名		
	患者番号				患者番号	

※確実な患者本人確認のために、各施設の患者番号を記入してください。

患者様記入欄

同意年月日	西暦 年 月 日						
同意範囲 (☑)	<input type="checkbox"/> 全ての診療情報 <input type="checkbox"/> () 科を除く全ての診療情報						
フリガナ						性別	男・女
氏名 (自署)							
生年月日	年	月	日	電話番号			
住所	〒 -						
代理人氏名 (自署)						続柄	

----- 以下、医療機関使用欄 -----

同意書 取得施設 (同意書原本保管)						
担当医師		説明者		職種		

- ※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 患者さんに本紙の写しをお渡しください。
- ※3 別紙により診療情報を公開する施設を確認し、本紙を FAX してください。

情報公開施設使用覧

公開年月日		担当者		所属	
公開年月日		担当者		所属	

※公開設定日等を記入後、情報参照施設に本書を FAX してください。