様式第１２号

いしかわ診療情報共有ネットワーク同意書

　公　立　羽　咋　病　院　　　様

　私は、石川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、貴機関における私の診療情報等が、下記の情報閲覧機関に提供されることに同意いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者記入欄 | 同意年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  患者氏名（自署） | 男　・　女 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 代理人記入の場合 | 代理人氏名（自署） |  | 続柄 |  |
| 情報閲覧機関名 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意取得医療機関  記入欄 | 説明医師（自署） | |  | |
| 説明医療機関名 | |  | |
| 患者情報 | 情報提供機関側 | 医療機関名：公立羽咋病院 | 患者番号： |
| 情報閲覧機関側 | 医療機関名： | 患者番号： |

※１　確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者番号を記入してください。

※２　本紙は、次のとおり送付・保管してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 情報閲覧機関で同意を取得した場合 | 情報提供機関で同意を取得した場合 |
| 原本：情報提供機関に郵送  （急ぎの場合はFAX後に郵送）  写し：情報閲覧機関で保管 | 原本：情報提供機関で保管  写し：情報閲覧機関に送付  （FAX可） |

※患者さんにも写しをお渡しください。

以下　情報提供機関　記入欄

上記患者さんの情報の公開処理を完了しましたので、お知らせします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | [備考]  公　立　羽　咋　病　院  医療サービス推進室  FAX:0767-22-0736 |
| 処理年月日 |  |
| 処理担当者  所属・氏名 |  |