医科歯科連携　いしかわ診療情報共有ネットワーク

別紙2

確認書（病院側から）

歯科医院、クリニック施設長　様

　いしかわ診療情報共有ネットワークの趣旨・内容を説明し、同ネットワークに参加する下記の利用施設において、患者の診療情報を「公立羽咋病院」との間で共同診療等に活用すること、及び患者個人情報を伏せたうえで同ネットワークの統計資料に利用することの同意を口頭で得た。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者情報 | 同意された日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  患者氏名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設情報 | 診療科名 |  | |
| 医師名 |  | |
| 説明者 | 氏名： | 職種： |
| 説明施設名 | 公立羽咋病院 | ☆患者番号： |
| 情報共有施設名 |  | ★患者番号： |

※１　貴院の患者番号（★マークの欄）をご記入ください。

☆マークの欄は公立羽咋病院で記入します。

※２　本紙をFAX送信してください。FAX送信が難しい場合は、eメール送信をお願いします。

※３　同意を得た旨を記録してください。

連絡先　公立羽咋病院　医療サービス推進室

FAX: 0767-22-0736　（8：30～17：15まで）

　　 Email: suishin@hakuihp.jp

※17：15以降は切り替わり受け取りは翌日となります。

下記の欄は公立羽咋病院の記入欄です。

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 |  | 医科歯科整理番号：  [備考] |
| 処理年月日 | 令和　 　年　　 月　 　日 |
| 処理担当者  氏名 | 公立羽咋病院  氏名： |