

市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワーク説明同意書

市立八幡浜総合病院 院長 殿

私は下記の主治医から、市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワークに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワークに参加し、私の診療情報が市立八幡浜総合病院と下記医療機関で参照され診療に活用されることに同意します。

患者さま記入欄				
フリガナ		性別	年齢	年 月 日 生 年 月 日
氏名 (自署)	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
市立八幡浜総合病院の患者番号	※確実な確認のためできる限りご記入ください			
他の医療機関での同意書作成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名:)			
代理人による記載の場合	代理人氏名: (続柄:)			

医療機関記入欄			
※この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください			
医療機関名			
電話番号		FAX	
説明した医師名			
閲覧医療機関の患者番号			

※同意書は上記医療機関または市立八幡浜総合病院に提出してください。

■市立八幡浜総合病院使用欄

担当者職氏名		印
設定完了日付	平成 年 月 日	

市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワーク同意撤回届

市立八幡浜総合病院 院長 殿

私は下記の主治医から説明を受け、市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワークに参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

医療機関記入欄			
※同意取得の際に同意書とあわせて記入し、必ず患者さまにお渡してください			
医療機関名			
電話番号		FAX	
説明した医師名 (自署)			

患者さま記入欄				
				年 月 日
フリガナ		性別	年齢	生 年 月 日
氏名 (自署)	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
市立八幡浜総合病院の患者番号	※確実な確認のためできる限りご記入ください			
代理人による記載の場合	代理人氏名： (続柄：)			

※同意撤回届は上記医療機関または市立八幡浜総合病院に提出してください。

■市立八幡浜総合病院使用欄

担当者職氏名		印
解除完了日付	平成 年 月 日	