

地域医療情報ネットワークシステム 参加同意書

『患者記載欄』

- 地域医療情報ネットワークシステムの仕組みについて理解し、その目的及び利用方法について説明を受けました。
- 同意を取った施設間で診療情報が共有される事、希望に応じて参加の撤回ができる事について説明を受けました。
- 個人情報保護についての説明を受けました。

↑各ボックスに☑して下さい

上記説明の内容、及び活動目的について理解しましたので、私の診療情報が共有活用されることに同意いたします。

② 記載日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

②患者氏名：(自署) _____ (フリガナ) _____ 男・女

③生年月日： M・T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

④他の施設での同意書作成歴： なし・あり (同意書作成施設名 _____ :)

⑤代理人記載の場合：代理人氏名 _____ 続柄 _____

『同意取得施設記載欄』

同意取得施設名： _____

説明担当者： _____ 部署 _____

連携希望施設名

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 広域紋別病院 | <input type="checkbox"/> 興部国民健康保険病院 |
| <input type="checkbox"/> 雄武国民健康保険病院 | <input type="checkbox"/> 滝上国民保険診療所 |
| <input type="checkbox"/> 医療法人社団耕仁会 曾我クリニック | <input type="checkbox"/> 小林整形外科 |
| <input type="checkbox"/> 医療法人社団雄山会 山口クリニック | <input type="checkbox"/> 大原医院 |
| <input type="checkbox"/> 医療法人社団 幸栄病院 | <input type="checkbox"/> 医療法人 みなとクリニック |
| <input type="checkbox"/> 医療法人 溪仁会 手稲溪仁会病院 | <input type="checkbox"/> JA 北海道厚生連 遠軽厚生病院 |
| <input type="checkbox"/> 札幌医科大学腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 東京大学医学部附属病院 |

広域紋別病院