

あおもりメディカルネット 利用患者同意書 (記載例)

| | | | |
|--|--|---|--|
| <情報提供機関> <input type="checkbox"/> 青森県立中央病院 <input type="checkbox"/> 青森市民病院 <input type="checkbox"/> 弘前大学医学部附属病 <input type="checkbox"/> 黒石市国民健康保険黒石病院 <input checked="" type="checkbox"/> 八戸市立市民病院 <input checked="" type="checkbox"/> 八戸赤十字病院 | | <input type="checkbox"/> 十和田市立中央病院 <input type="checkbox"/> つがる総合病院 <input type="checkbox"/> かなぎ病院 <input type="checkbox"/> 鱒ヶ沢病院 <input type="checkbox"/> つがる市民診療所 <input type="checkbox"/> 鶴田診療所 | |
| <閲覧機関> <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧機関名 (地域連携クリニック) | | 院長 殿 | |

私は、下記の説明担当者から、あおもりメディカルネットに関する説明並びに説明書の交付を受け、その目的・利用方法などを理解しましたので、あおもりメディカルネットに参加し、私の診療情報が上記の施設の間で相互共有されることに同意します。

| | | | |
|------------------------|--|-------|---|
| ① 患者様 記載欄 | | 記入年月日 | 平成 29 年 4 月 30 日 |
| (フリガナ) 患者氏名 (自署) | アオモリ タロウ 青森 太郎 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女 |
| 生年月日等 | 明治・大正 昭和 ・平成 25 年 4 月 30 日 (満 67 歳) | 電話番号 | (017) 722 - 1111 |
| 住 所 | (〒 030-8570) 青森市長島 1 丁目 1-1 | | |
| 本人以外の 場 合 | 氏名 (自署) 続柄 (法定代理人・) 連絡先 () 法定代理人以外の代書理由: | | |

| | | | |
|---------------------|-----------------------------|---------------------|---|
| ② 同意取得施設 記載欄 | | 公開希望日 | 平成 年 月 日まで |
| 医療機関名 及び診療科 | 地域連携クリニック (科) | 説明担当者 | <input checked="" type="checkbox"/> 主治医に同じ (職種) |
| 住 所 | (〒.....) 青森市..... | | |
| 電話番号 | 017-..... | F A X | 017-..... |
| 情報提供機 関患者 I D | | 主治医氏名 (署名又は記名押印) | 連携 次郎 |

③ 情報提供機関 (公開設定担当) 記入欄

| | | |
|-----------------|------------|----------|
| | 公開設定情報提供機関 | 連携先機関 |
| 施設・部署名 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| 患者 I D / 地域 I D | / | / |
| 担当者氏名 | 印 | 印 |
| 公開設定完了日 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 |