

## キビタン健康ネット 調剤情報閲覧同意書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 殿

私は、キビタン健康ネットに関する説明なら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、私に対する医療サービスを目的として、キビタン健康ネットに参加している医療従事者が、キビタン健康ネットのデータセンターに収集された調剤情報を閲覧することに同意します。

同意書取得施設名 : \_\_\_\_\_

説明担当者 : \_\_\_\_\_

電話 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

キビタン健康パスポート番号 070701-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<< 患者さん記載欄 >>

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

電話 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(代理人記載の場合 : 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_)

代理人 : 3 親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

**【重要】**

- ・コピーを一部患者さんへお渡しください。
- ・この同意書は協議会事務局へFAXしてください。 **FAX : 050-3730-0128**
- ・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。