

キビタン健康ネット 診療情報共有・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、下記の説明担当者から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、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。また、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。

<< 患者さん記載欄 >>

ふりがな： _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____ 性別： 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 *同意を撤回したい場合は、お申し出ください。

<< 同意書取得施設記載欄 >>

同意書取得施設名： _____

電話： (_____) _____ - _____ FAX： (_____) _____

説明担当者： _____ 所属部署： _____

同意取得施設の患者ID： _____ (貴施設の患者IDを記載して下さい)

キビタン健康パスポート番号 070701-

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

右つめで記載してください。

◆診療情報共有同意について（連携を希望する施設に（）チェックしてください）

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <p>【県北地区】</p> <p><input type="checkbox"/> あづま脳神経外科病院</p> <p><input type="checkbox"/> 大原総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 大原医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 済生会福島総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 福島赤十字病院</p> <p><input type="checkbox"/> 福島第一病院</p> <p><input type="checkbox"/> 南東北福島病院</p> <p><input type="checkbox"/> わたり病院</p> <p><input type="checkbox"/> 北福島医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 公立藤田総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 栢記念病院</p> <p><input type="checkbox"/> 福島南循環器科病院</p> <p><input type="checkbox"/> 二本松病院</p> <p><input type="checkbox"/> 県立医科大学附属病院</p> | <p>【県中地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 星総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 町立三春病院</p> <p><input type="checkbox"/> 寿泉堂総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 総合南東北病院*1</p> <p><input type="checkbox"/> 坪井病院</p> <p><input type="checkbox"/> 公立岩瀬病院</p> <p><input type="checkbox"/> 太田西ノ内病院</p> <p><input type="checkbox"/> 太田熱海病院</p> <p>【県南地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 会田病院</p> <p><input type="checkbox"/> 白河病院</p> <p><input type="checkbox"/> 白河厚生総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 塙厚生病院</p> | <p>【会津・南会津地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 竹田総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 会津医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 会津中央病院</p> <p><input type="checkbox"/> 只見町国保朝日診療所</p> <p><input type="checkbox"/> 有隣病院</p> <p><input type="checkbox"/> 県立南会津病院</p> <p>【相双地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 南相馬市立総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 小野田病院</p> <p><input type="checkbox"/> 大町病院</p> <p><input type="checkbox"/> 相馬中央病院</p> <p><input type="checkbox"/> 公立相馬総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 渡辺病院</p> | <p>【いわき地区】</p> <p><input type="checkbox"/> 松村総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> 常磐病院</p> <p><input type="checkbox"/> 呉羽総合病院</p> <p><input type="checkbox"/> なこそ病院</p> <p><input type="checkbox"/> いわき市立総合磐城共立病院</p> <p><input type="checkbox"/> かしま病院</p> <p><input type="checkbox"/> 磐城中央病院</p> <p><input type="checkbox"/> いわき湯本病院</p> <p><input type="checkbox"/> 榎田病院</p> <p><input type="checkbox"/> 石井脳神経外科・眼科病院</p> <p style="text-align: right;">（敬称略・順不同）</p> <p>※受診歴がある施設または紹介先のみチェックしてください。</p> |
|--|--|--|---|

*1 総合南東北病院は、南東北第二病院・南東北医療クリニック・南東北眼科クリニック・南東北がん陽子線治療センターを含む。

◆調剤情報閲覧同意について（調剤情報の閲覧に同意する場合にチェックしてください）※原則、薬局のみ

調剤情報閲覧の同意

【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。