

キビタン健康ネット 診療情報共有同意書

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。

<< 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

過去にこの同意書を記載したことがありますか。： なし ・ あり

(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 -

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

連携希望施設名 (敬称略・順不同 チェックをしてください。)

- 松村総合病院 (患者ID： _____)
- ときわ会常磐病院 (患者ID： _____)
- 呉羽総合病院 (患者ID： _____)
- なこそ病院 (患者ID： _____)
- いわき市立磐城総合共立病院 (患者ID： _____)
- かしま病院 (患者ID： _____)
- 磐城中央病院 (患者ID： _____)
- いわき湯本病院 (患者ID： _____)
- 櫛田病院 (患者ID： _____)
- 石井脳神経外科・眼科病院 (患者ID： _____)

(「患者ID」がお分かりになる場合は、確実に患者本人を確認するために記載してください。)

【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。