

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。)

星総合病院 (患者ID： _____)

町立三春病院 (患者ID： _____)

寿泉堂総合病院 (患者ID： _____)

総合南東北病院 (患者ID： _____)

(附属南東北医療クリニック、附属南東北眼科クリニック、南東北がん陽子線治療センター、南東北第二病院を含む)

坪井病院 (患者ID： _____)

公立岩瀬病院 (患者ID： _____)

太田西ノ内病院 (患者ID： _____)

太田熱海病院 (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。