

キビタン健康ネット 診療情報共有同意撤回届
(情報提供施設からの紹介用)

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説明を受け下記医療施設においてキビタン健康ネットの診療情報共有に同意しておりましたが、同意を撤回します。

<< 患者さん記載欄 >>

ふりがな _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

情報共有施設

同意書取得施設 (情報提供病院)

施設名： _____

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

説明担当者： _____ 所属部署： _____

キビタン健康パスポート番号 070701-

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

右つめて記載してください



同意撤回施設名 (紹介先)

施設名： _____

所在地： _____ 市・町・村 _____ ※同一施設名による間違い防止のため記載してください

【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。
- 〒960-8036 福島市新町4-22 福島県医師会館1F リーダー：0120-578-818 電話：024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛