

キビタン健康ネット 診療情報共有同意撤回届

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。

<< 同意書取得施設記載欄 >>

説明担当者：_____（所属部署：_____）

同意書取得施設：_____

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

キビタン健康パスポート番号 070701-

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

<< 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

同意を撤回する医療施設に（ ）チェックしてください。

連携済み施設名 （敬称略・順不同）

- 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： _____）
- いわき市立総合磐城共立病院 （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。