福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式５－１

キビタン健康ネット　診療情報共有同意書

（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　様

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　>>**

|  |
| --- |
| ふりがな　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　 年　　　月　　　日患者氏名： 　　　 　　　　　　 　 　　　性別：　男・女　郵便番号　：〒住所　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　：（　　　　　）　　　　　－　　　　　　　生年月日：大正・昭和・平成・令和　　　　　　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。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 情報共有施設

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意書取得施設（情報提供施設）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を記入して下さい）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| キビタン健康パスポート番号　　 070701- | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |

右づめで記載してください |

|  |
| --- |
| 連携希望施設名（参照施設）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入してください参照施設の患者ＩＤ： 　 　　　　　　 (参照施設にて記入してください) |

参照施設は、自施設の患者IDを上記に記入後、協議会へFAXしてください |