

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 >>

ふりがな : \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 性別 : 男・女

住所 : 〒 \_\_\_\_\_

電話 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 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 - 

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

右づめで記載してください。

連携希望施設名 (敬称略・順不同)  チェックをしてください。)

会田病院 (患者ID : \_\_\_\_\_ )

白河病院 (患者ID : \_\_\_\_\_ )

白河厚生総合病院 (患者ID : \_\_\_\_\_ )

塙厚生病院 (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。
- 〒960-8036 福島市新町4-22 福島県医師会館1F 利用時間: 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