

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

## 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。

&lt;&lt; 同意書取得施設(情報提供施設) &gt;&gt;

同意書取得施設： \_\_\_\_\_

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 -

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

&lt;&lt; 患者さん記載欄 &gt;&gt;

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

※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

連携同意撤回施設名（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