

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 >>

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 -

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<< 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

※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)

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あづま脳神経外科病院 | <input type="checkbox"/> 公立藤田総合病院 |
| <input type="checkbox"/> 大原総合病院 | <input type="checkbox"/> 柊記念病院 |
| <input type="checkbox"/> 大原医療センター | <input type="checkbox"/> 福島西部病院 |
| <input type="checkbox"/> 済生会福島総合病院 | <input type="checkbox"/> 福島南循環器科病院 |
| <input type="checkbox"/> 福島赤十字病院 | <input type="checkbox"/> 二本松病院 |
| <input type="checkbox"/> 福島第一病院 | <input type="checkbox"/> 福島県立医科大学附属病院 |
| <input type="checkbox"/> 南東北福島病院 | |
| <input type="checkbox"/> わたり病院 | |
| <input type="checkbox"/> 北福島医療センター | |

(「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空いているスペースに分かるよう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 問い合わせ：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