福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式１０

キビタン健康ネット　情報同意撤回届

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

**<<　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 |

 私は、以下における情報共有、閲覧の同意を撤回いたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 調剤情報（調剤薬局からアップロードされた調剤情報の共有、閲覧） |
|  |  |
|  | 画像情報（医療機関からアップロードされた画像情報の共有、閲覧） |
|  |  |
|  | 地域連携パス（医療機関毎の診療計画情報の共有、閲覧） |

<<　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- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　 |