ぎふ清流ネット

口頭による同意取得連絡票

公開施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長　殿

　診療情報の共有について、以下の患者から口頭により同意を得ました。

同意取得日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |
| --- |
| **患者情報** |
| フリガナ |  | 性別 | 年齢 | 生年月日 |
| 氏　　　名 | 様 | □男性□女性 | 歳 | （明・大・昭・平・令）年　　月　　日 |
| 代理人（同意者が本人以外の場合） | 氏名： | 続柄 |  |
| 公開施設での診察券番号 | ※確実な確認のために、できる限りご記入ください。 |
| 閲覧施設での診察券番号 | ※診察券番号の先頭に「0」が含まれる場合は省略しないでください。 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| **情報閲覧医療機関情報** |
| 医療機関名 |  |
| 説明又は依頼を行った利用者ＩＤを持つ医師名（情報を閲覧する医師） |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

以下の点について必ずご確認ください。確認の上、☑をつけてください。

　↓

□診療情報の共有について、上記患者（または家族）から口頭により同意を得たことをカルテ（電子カルテ含む）上に記録しました。

（公開施設記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 | （部署）　　　　　　　　　　（氏名） |
| 設定完了日付 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 閲覧施設返信日付 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |