

ぎふ清流ネット
口頭による同意取得連絡票

青字…閲覧施設記入

公開施設名

〇〇病院 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： 2023年 1月 1日

患者情報				
フリガナ	ギフ ハナコ	性別	年齢	生年月日
氏名	岐阜花子様	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	35歳	(明・大・昭・平・令) 63年1月1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	111-1111 <small>※確実な確認のために、できる限りご記入ください。</small>			
閲覧施設での診察券番号	999-9999 <small>※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。</small>			
住所	〒500-8510 岐阜市藪田南3-5-11			
電話番号	058-999-9999			

情報閲覧医療機関情報			
医療機関名	△△診療所		
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)	岐阜太郎		
TEL	058-274-1111	FAX	058-271-1651

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