

ぎふ清流ネット同意書

公開施設名

赤字…患者さん記入

青字…閲覧施設記入

〇〇病院

院長 殿

私は、ぎふ清流ネットに関する説明および説明文書の交付を受け、その目的および利用方法のなどを理解しましたので、私の医療情報が下記の医師に利用されることに同意します。

(「同意撤回届」を提出することで、いつでも利用を中止することができます。)

2023年 1月 1日

患者さん記入欄				
フリガナ	ギフ ハナコ	性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)	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
代筆による記載	代筆者名 (自署)		続柄	
公開施設での診察券番号	123-45678 ※確実な確認のために、できる限りご記入ください。			
他の施設での同意書作成歴	なし・あり (公開施設名:)			

医療機関記入欄			
医療機関名	△△診療所		
医療機関所在地	〒500-8510 岐阜市藪田南3-5-11		
説明を行った利用者IDを持つ医師名	岐阜太郎 印 ※自署の場合、押印は必要ありません。		
TEL	058-274-1111	FAX	058-271-1651
患者氏名 (生年月日)	岐阜花子 (明・大・昭・平・令 63年1月1日)		
閲覧施設での診察券番号	123-45678 ※貴施設での患者番号を記入。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。		
公開施設名	〇〇病院		

(公開施設記載欄)

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