ぎふ清流ネット　同意書

公開施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者さん記入欄** | | | | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | 年齢 | 生年月日 | |
| 氏　　　名  （自署） | 様 | | □男性  □女性 | 歳 | （明治・大正・昭和・平成）  年　　月　　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 | | ※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 | |  | | |
| 医療機関所在地 | | 〒 | | |
| 説明又は依頼を行った利用者ＩＤを持つ医師名 | | 印  ※自署の場合、押印は必要ありません。 | | |
| ＴＥＬ |  | | ＦＡＸ |  |
| 患者氏名（生年月日） | | （明治・大正・昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　日） | | |
| 閲覧施設での診察券番号 | | ※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 | |  | | |

（公開施設記載欄）

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