

いしかわ診療情報共有ネットワーク同意書

下記情報共有機関の院長 様

私は、いしかわ診療情報共有ネットワークの趣旨・内容を理解しましたので、いしかわ診療情報共有ネットワークに参加する下記の医療機関において、私の診療情報が私の受ける共同診療に活用されることに同意します。

患者記入欄	同意年月日	平成 年 月 日			
	フリガナ 患者氏名（自署）	男 ・ 女			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日			
	代理人記入の場合	代理人氏名（自署）		続柄	
	情報共有機関名	① ② 石川県済生会金沢病院			

同意取得医療機関記入欄	説明医療機関名			
	担当医師氏名			
	説明者職氏名		職名	氏名
	患者情報	情報共有機関①での患者番号：		
		情報共有機関②での患者番号：		
共有処理機関（同意書原本保管） ☐ 情報共有機関① ☐ 情報共有機関② ☐ その他（ ）				

- ※ 1 確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者番号を記入してください。
 ※ 2 患者さんに本紙の写しをお渡しください。
 ※ 3 別紙により情報の共有処理を行う医療機関を確認し、本紙を送付等してください。
 （緊急時の事前 FAX 可）

以下 共有処理実施機関 記入欄

上記患者さんの情報の共有処理を完了しましたので、お知らせします。

整理番号		[備考] 石川県済生会金沢病院 地域連携室 FAX：076-266-2990
処理年月日		
処理担当者 所属・氏名	石川県済生会金沢病院 地域連携室 担当：	