

置賜地域医療情報ネットワークシステム利用同意書

私は、置賜地域医療情報ネットワークシステムに関する説明、並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の医療情報が共同診療に活用されることについて、下記のとおり同意します。

記

- 1 医療情報を共同診療に利用できる開示期間は、利用の同意があった日から5年間とすること。ただし、開示期間中に医療情報の利用があった場合は、当該日から5年間とすること。
- 2 患者本人(未成年者の場合はその保護者)から利用中止の申し出があった場合は、直ちに利用が停止されること。

※この同意を撤回したい場合は、利用同意書を提出した医療機関等に「撤回届出書」を提出願います。

<患者様記載欄>		平成	年	月	日
フリガナ					
患者氏名	:	_____			男・女
生年月日	:	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
他の施設での同意書作成歴	:	なし・あり			
(代理人記載の場合) 代理人氏名		:	(続柄)		
<紹介元記載欄> ※確実な患者様の確認のために「患者 ID 番号」を記載してください。					
説明担当者: _____					
紹介元施設名:		TEL 番号: _____			
FAX 番号: _____		患者 ID 番号: _____			
【連携希望施設】					
<input type="checkbox"/> 置賜広域病院企業団 (ID: _____)		<input type="checkbox"/> 小国町立病院 (ID: _____)			
<input type="checkbox"/> 米沢市立病院 (ID: _____)		<input type="checkbox"/> 三友堂病院 (ID: _____)			
<input type="checkbox"/> 白鷹町立病院 (ID: _____)		<input type="checkbox"/> 公立高畠病院 (ID: _____)			
<input type="checkbox"/> 三波町リハビリテーションセンター (ID: _____)					
<input type="checkbox"/> 山形県立中央病院 (ID: _____)		<input type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院 (ID: _____)			
<input type="checkbox"/> _____ (ID: _____)					
<input type="checkbox"/> 情報参照施設名 ①: _____ (ID: _____)					
②: _____ (ID: _____)					
【Viewer からの DICOM 画像ファイルのダウンロード】					
<input type="checkbox"/> DICOM 画像ファイルのダウンロードはいたしません。					

原本は、情報提供施設へ FAX 後、同意を得た施設が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人等へお渡しください。

2019.4 改定