

# 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。

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| <b>&lt;患者様記載欄&gt;</b>  |  | 令和 ○年 ○月 ○日          |
| フリガナ   | 林々 知   |                      |
| 患者氏名   | : 置賜 太郎  | (男) ・ 女              |
| 生年月日   | : 大正・昭和 (平成) 令和 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)               |
| <b>&lt;紹介元記載欄&gt;</b> ※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  | : 置賜 花子  | 自院の患者 ID を記載         |
| 紹介元施設名   | : おきたま医院   | TEL 番号: 0238-46-1000 |
| FAX 番号   | : 0238-46-1001   | 患者 ID 番号: 270        |
| <b>【連携希望施設】</b>  |  |                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 置賜広域病院企業団 (ID: 90000270)         | <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"/> 公立高島病院 (ID: )   |                      |
| <input type="checkbox"/> 琉球パビリオンセンター (ID: )                          | <input checked="" type="checkbox"/> 又は <input checked="" type="checkbox"/> 施設名、患者 ID を記載 (ID 不明な場合、未記載でも可) |                      |
| <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 checked="" type="checkbox"/> _____ (ID: _____)                |  |                      |
| <input type="checkbox"/> 情報参照施設名 ①                                   | : _____ (ID: _____)  |                      |
|  | ②  | : _____ (ID: _____)  |
| <b>【Viewer からの DICOM 画像ファイルのダウンロード】</b>                              |  |                      |
| <input type="checkbox"/> DICOM 画像ファイルのダウンロードはいたしません。                 |  |                      |
| DICOM 画像ファイルのダウンロードが不要な場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> ください |  |                      |

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下さい。