

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>		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)
<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	: 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
【連携希望施設】		
<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"/> おきたまクリニック (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 checked="" type="checkbox"/> <input 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"/> 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。		
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ださい。