

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

- 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。
- 患者本人(未成年者の場合はその保護者、病状等により患者からの署名が困難な場合は同意した際の代理人)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	オキタマ タロウ				
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	おきたま病院	TEL 番号	0238-46-1000
FAX 番号	0238-46-1001	患者 ID 番号	270
【連携希望施設】			
☒ 置賜広域病院企業団 (ID: 90000270)	☐ 小国町立病院 (ID:)		
☐ 米沢市立病院 (ID:)	☐ 三友堂病院 (ID:)		
☐ 白鷹町立病院 (ID:)	☐ 公立高畠病院 (ID:)		
☐ おきたまフワ-クリニック (ID:)			
☐ 山形県立中央病院 (ID:)	☒ 又は ☒ 施設名、患者 ID を記載 (ID 不明な場合、未記載でも可)		
☒ (ID:)			
☐ 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】			
☐ 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 ☒ ください			

原本は、情報提供施設、1枚複製、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。