

ネットワーク参加同意書兼情報共有同意書

私は、市立千歳市民病院の電子カルテに記録された私の診療情報を、ネットワークに参加している私の診療等に係わる他の施設が共有できるよう、ネットワーク上に登録し、下記の施設がネットワークで私の診療情報を共有することに同意します。

施設名称 _____

_____ 年 月 日

患者氏名（自署） _____

（本人が署名できない場合）

代理人署名 _____ 続柄（ ）

※他の施設が診療情報を共有しようとする場合、個別に同意書が必要となります。

※救急車等でネットワークに参加している他の医療機関等に運ばれ、意識障害などにより理解・判断能力が失われ、「情報共有同意書」の作成ができない場合は、例外として情報共有をさせていただきます。

※この同意は、同意撤回書の提出によりいつでも撤回することができます。

【同意書取得施設記載欄】

同意書取得者等			
施設名		説明者	
部署		電話番号	

患者プロフィール			
氏名		カナ氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年 月 日
性別	男 ・ 女	地域ID	

【事務局記載欄】

設定者		設定日	年 月 日
-----	--	-----	-------