

## 情報共有同意書

私が下記の施設を利用する際に、施設の従事者がネットワークで、市民病院の電子カルテに記録された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） \_\_\_\_\_

代理人署名（本人が署名できない場合） \_\_\_\_\_ 続柄（ ）

※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
-----	--	-----	-------