

ネットワーク参加同意書

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することに同意します。

なお、情報共有を同意するのは以下の場合です。

- 1 ネットワークに参加している医療機関を受診した場合において、その医療機関に対する「情報共有同意書」を作成した場合
- 2 私が救急車等でネットワークに参加している医療機関に運ばれ、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

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（

）

※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。

【事務局記載欄】

同意書取得者等			
説明者		説明日	年 月 日
設定者		設定日	年 月 日

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	