

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する。

施設名称 1 _____

施設名称 2 _____

施設名称 3 _____

千歳市休日夜間急病センター受診時に私の診療情報が必要となった場合

_____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（ _____ ）

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 |
|-----|--|-----|-------|