

中空知医療連携ネットワーク参加申込書及び情報利用同意書の記載方法

中空知医療連携協議会事務局

中空知医療連携ネットワークを利用して患者情報を参照する場合は、「中空知医療連携ネットワーク参加申込書及び情報利用同意書」の取得が必要です。

ここでは、同意書の記載方法について説明します。

①患者の自署による本人確認です。

- ・記載日を含めて書き漏れのないようご確認ください。
- ・本人が記載できない場合は、代理人が記載することが可能です。

②患者情報の公開についての確認欄

- ・公開の遺漏がないよう原則全ての公開機関の情報を閲覧できるよう患者の同意のもとチェックをつけてください。
- ・患者の希望により、チェックした医療機関のみ公開とすることも可能です。

③患者情報を参照する医療機関の確認欄

- ・中空知医療連携協議会では、全ての医療機関が公開情報を共有すること想定していますので、原則「参加医療機関全て」にチェックをつけるようお願いいたします。
- ・患者の希望により同意書取得医療機関(現時点で受診している医療機関)のみで情報を参照する場合は、「本同意書取得機関のみに公開」にチェックをつけてください。

●患者情報(自署)

記載日	平成	年	月	日
ふりがな	氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
住所	〒	電話番号	番号	
保険証	記号	番号		
代理人記載の場合	代理人氏名	続柄		

●私の診療情報について、下記のとおり公開を同意します。(いずれかにチェック)

- 下記医療機関全て
 下記医療機関のうち、チェックした医療機関
- 市立芦別病院 あかびら市立病院 砂川市立病院
 滝川市立病院 奈井江町立国保病院

●私の診療情報について、下記の医療機関が参照することを同意します。(いずれかにチェック)

- この同意書を取得した医療機関のみ
 参加医療機関全て
 記載欄に記載した医療機関のみ
 記載欄に記載した医療機関以外

記載欄

・同意の取り消しや変更はネットワークに参加する医療機関にお申し出ください。
 ・ネットワークに参加する医療機関に変更があった場合は、院内掲示や病院ホームページにてお知らせします。

⑤同意書の送付先です

- ・主に参照される病院の左の空欄に丸をつけてください。
- ・同意書が提出された後、公開を希望されない病院を除き、順次情報公開します。
- ・紹介患者の場合は「有」に丸をつけてください。

【同意書取得医療機関記載欄】

同意書取得医療機関名	提出日	年	月	日
------------	-----	---	---	---

【公開設定医療機関記載欄】

ネットワーク	設定日	年	月	日
	担当			所属長

同意書提出

<input type="checkbox"/>	市立芦別病
<input type="checkbox"/>	あかびら市立病
<input type="checkbox"/>	砂川市立病
<input type="checkbox"/>	滝川市立病
<input type="checkbox"/>	奈井江町立国保病
<input type="checkbox"/>	紹介がある場合の 紹介先医療機関

④同意書を取得した医療機関名

- ・提出日と医療機関名を記入ください。
- ・医療機関名はスタンプでの押印も可能です。
- ・作成者の自署又は押印も忘れずに記入願います。

⑥紹介と同時に同意書取得した場合。

- ・同意書の作成が紹介を伴う場合、紹介先の医療機関名を記入してください。

同意書の記載等のご質問は、下記の自治体公立病院までお問い合わせ願います。

■市立芦別病院	事務局医事係	TEL：0124-22-2701	FAX：0124-22-2996
■あかびら市立病院	医事課	TEL：0125-32-3211	FAX：0125-32-1141
■歌志内市立病院	事務局	TEL：0125-42-3185	FAX：0125-42-5058
■砂川市立病院	地域医療連携室	TEL：0125-54-2131	FAX：0125-54-2156
■滝川市立病院	地域医療室	TEL：0125-22-4311	FAX：0125-22-3273
■奈井江町立国保病院	地域医療連携室	TEL：0125-65-2221	FAX：0125-65-2727