

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

中空知医療連携協議会会長 様

私は、中空知医療連携ネットワーク(以下「ネットワーク」という。)に参加を申込みます。

また電子カルテ等に記録された私の医療情報をネットワークに参加する医療機関等がネットワークを介して提供・利用することに同意します。

併せて、ネットワークに参加する他の医療機関等の私の診療情報をネットワークを介して情報収集し利用することに同意します。

●患者情報(自署)

記載日 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	
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、医療機関等が参照することを同意します。(いずれかにチェック)

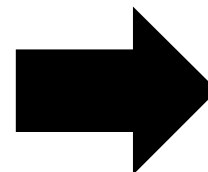
- この同意書を取得した医療機関等のみ
 参加医療機関等全て
 記載欄に記載した医療機関等のみ
 記載欄に記載した医療機関等以外

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でお知らせします。

【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
------------	-----	---	---	---



同意書提出先病院	
<input type="checkbox"/>	市立芦別病院
<input type="checkbox"/>	あかびら市立病院
<input type="checkbox"/>	砂川市立病院
<input type="checkbox"/>	滝川市立病院
<input type="checkbox"/>	奈井江町立国保病院

【公開設定医療機関記載欄】

ネットワークID		設定日	年	月	日
		担当			所属長
公開元ID					
公開先ID					

紹介がある場合の 紹介先医療機関
