

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		性 別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	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

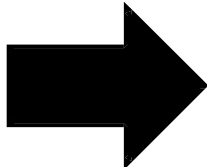
☐ 記載欄に記載した医療機関等以外

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	
☐	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

【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 I D					
公 開 先 I D					

紹介がある場合の 紹介先医療機関

備考 この様式を用いることが出来ない場合には、この様式に準じた別の様式を用いることができる。