

同意書

■患者さま記載欄

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム運用管理者 殿

- 地域医療連携ネットワークシステムの仕組みについて理解し、その目的及び利用方法について説明を受けました。
- 同意を取った施設間で診療情報が共有される事、希望に応じていつでも同意が撤回できることについて説明を受けました。
- NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステムにおける個人情報保護について説明を受けました。

上記説明の内容、及び活動目的について理解しましたので、私の診療情報が共有活用されることに同意します。

記載日： _____年 _____月 _____日

氏名： _____ フリガナ： _____

代理人記載の場合 代理人氏名： _____ 続柄： _____

性別： _____ 生年月日： _____年 _____月 _____日

郵便番号： _____ - _____

住所： _____

電話番号： _____ - _____ - _____

■同意書取得施設記載欄

診療情報連携に関する患者の同意を確認の上、上記患者の登録を依頼します。

申込日： _____ 患者番号： _____

医療機関名

申込者氏名： _____ 電話番号： _____

【FAX 送付先】

NTT 東日本札幌病院 〒060-0061 札幌市中央区南1条西15丁目
 入退院・総合相談センター TEL：011-623-8320 FAX：011-640-5441

■NTT 東日本札幌病院使用欄

担当者職氏名	印
日付	年 月 日