

(様式第3号)

扇状地ネット参加同意書

黒部市民病院地域医療連携室 宛

私は、下記の担当者より扇状地ネットに関する説明を受け、その目的および利用方法等を理解しましたので、扇状地ネットに参加し、黒部市民病院における私の診療情報が私の診療に活用される事に同意します。

(患者様記載欄)

平成 年 月 日

フリガナ

患者様氏名: _____ 男 女 (自署)

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 月 日

(代理記載の場合 氏名: _____ 続柄: _____)

情報共有の範囲

下記の説明担当者のみ限定

扇状地ネットに登録している医療・介護関係者*のうち私の診療・介護を担当しているすべての人と共有を許可する。

上記のいずれかを選択してください。

*扇状地ネットに登録している医療・介護関係者のリストは黒部市民病院のホームページ (<http://med-kurobe.jp>)に公開しています。

(担当者記載欄)

説明した担当者氏名: _____ (自署)

扇状地ネットID: _____

所属機関: _____

黒部市民病院の患者ID番号: _____

※確実な患者様の確認のためにできる限り黒部市民病院の患者ID番号を記載してください

記入後、2部コピーを行い、1部は貴院に保存、1部は患者様本人にお渡しください。

原本については、黒部市民病院地域医療連携室(フレンジィ)へFaxで送信後郵送してください。