

# 「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。

## 【患者記載欄】

令和 年 月 日

フリガナ

患者氏名： \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 (自署)

生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 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全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 (<https://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： \_\_\_\_\_

所属機関名： \_\_\_\_\_

黒部市民病院の患者ID番号： \_\_\_\_\_

※確実な患者の確認のため、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部は貴施設に保存、1部は患者本人に渡してください。  
原本は、黒部市民病院地域医療連携室（フレンジイ）で保管管理をしますので、FAX送信後、必ず郵送してください。