

## ちようかいネット参加申込書兼利用同意書（医療）

私は、ちようかいネットに関して、その目的及び利用方法などを理解しましたので、ちようかいネットに参加し、私の診療情報（過去データを含む）が以下の指定医療・介護福祉施設で私の受ける共同診療に活用されることに同意し、申し込みます。

※ この申込書兼同意書を撤回したい場合には、撤回届出書をちようかいネット事務局又は指定した医療・介護福祉施設に提出願います。

### 【患者様記載欄】

申 込 年 月 日	令和 2年 X月 Y日		
フリガナ	ニホンカイ タロウ		
患者氏名（自署）	日本海 太郎	性別	男・女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 2年 3月 7日		
住 所	〒 酒田市 XX ○丁目 X-X	電話番号	0234-XX-ZZXX
代理人記載の場合 代理人氏名（自署）	日本海 花子	続 柄	妻

### 【医療施設記載欄】

下記は同意書取得施設で記載

自院 ID を記入してください

医 療 施 設 名	テスト診療所	
	(担当医師)	テスト医師
	(患者 ID	000XXX )
情 報 共 有 医 療 施 設	<input checked="" type="checkbox"/> 日本海総合病院・日本海酒田リハビリテーション病院	(患者 ID 有・無 0000XXXXX )
	<input type="checkbox"/> 本間病院・本間なかまちクリニック・高見台クリニック	(患者 ID 有・無 )
	<input checked="" type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院	(患者 ID 有・無 )
	<input type="checkbox"/> Net4U (施設名: )	(患者 ID 有・無 )
	<input type="checkbox"/> 庄内余目病院	(患者 ID 有・無 )
	<input type="checkbox"/> 庄内検診センター (酒田市・遊佐町・庄内町国保)	(患者 ID 有・無 )
	<input type="checkbox"/> 山形県立中央病院	(患者 ID 有・無 )
	<input type="checkbox"/> お薬情報共有システム (酒田地区薬剤師会)	(患者 ID 有・無 )
<input type="checkbox"/> _____	(患者 ID 有・無 )	
<input type="checkbox"/> _____	(患者 ID 有・無 )	

ID 不明の場合には有に○だけで構いません

※ 確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者 ID 番号を記載してください。

### 【ちようかいネット事務局】

酒田地区 日本海総合病院内事務局 TEL: 0234-26-2001 FAX: 0234-26-5112 (緊急時 TEL: 0234-26-5112)

鶴岡地区 鶴岡市立荘内病院内事務局 TEL: 0235-26-5155 FAX: 0235-26-5156

※担当事務局に FAX 送信し、原本はカルテ等の記録と共に自施設で保管してください。

電話番号	0234-XX-XXXX	FAX 送信者氏名	テスト 一郎
------	--------------	-----------	--------

<input type="checkbox"/> 至急登録	至急時は FAX 送信後、事務局へ電話連絡をお願いいたします。 ※同意書の FAX 受付時間は平日 8:30 ~ 17:00 までとなります。
-------------------------------	--