

## 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	平成 29年 X月 X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	明治・大正・昭和・平成 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

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

### 【医療施設記載欄】

医 療 施 設 名	（担当医師）	（患者 ID）
テスト診療所	テスト医師	000XXX
<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・のぞみ診療所・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"/> _____	（患者 ID 有・無	）

ID 不明の場合は有に○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：0235-26-5111 FAX：0235-26-5156

※担当者は、担当事務局に FAX 送信後、原本を担当事務局に送付し、コピーを保存して下さい。

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

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。