

患者同意書記載例

申込書兼同意書

ちようかいネット参加申込書兼利用同意書

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、私の診療情報が以下の指定医療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施設に提出願います。

【患者様記載欄】

申 込 年 月 日	平成 年 月 日		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
患 者 氏 名 (自 署)			
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日		
住 所		電 話 番 号	
代理人記載の場合 代理人氏名 (自 署)		続 柄	

登録する患者の情報

代理記載の場合

【医療施設記載欄】

医 療 施 設 名	(担当医師)
	(患者ID)
情 報 共 有 医 療 施 設	<input type="checkbox"/> 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院・酒田医療センター (患者ID有・無)
	<input type="checkbox"/> 健友会 本間病院・のぞみ診療所 (患者ID有・無)
	<input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院 (患者ID有・無)
	<input type="checkbox"/> Net 4 U (鶴岡地区医師会) (患者ID有・無)
	<input type="checkbox"/> _____ (患者ID有・無)
	<input type="checkbox"/> _____ (患者ID有・無)

同意書を取得した施設名・担当医・患者番号

連携する施設にチェックを入れ、患者番号の有無、わかれば当該施設の患者番号を記載
※複数指定可

※ 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
 鶴岡地区 鶴岡地区医師会内事務局 TEL : 0235-22-0136 FAX : 0235-25-0772
 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		FAX 送 信 者 氏 名	
---------	--	---------------	--

FAX 送信担当者

【注意点】

- ◆ 患者氏名（または代理人氏名）は必ず自署にて記載してもらうこと。
- ◆ 代理人について施設の職員が代筆する場合は、当該職員の氏名を署名すること。その際、欄外に患者説明日を記載すること。（例：○月○日患者説明）