

庄内医療情報ネットワーク連携事業 参加同意書兼連絡票（介護）

私は、庄内医療情報ネットワーク連携に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報（過去データを含む）が本事業に参加する医療・介護福祉施設の共同診療に活用されることに同意します。

<庄内医療情報ネットワーク連携事業> ちょうかいネット、Net4U、お薬情報共有システム
本連携事業に参加し、カードを持っていますか？
 参加カードなし（同意書） 参加カードあり（連絡票※）
 （新規参加時及び紛失した際は患者さんへ参加カードを発行してください）

【 患者様記載欄 】		申込年月日	令和	年	月	日
フリガナ		性別	男 ・ 女			
患者氏名 ※本人の場合、自署とする		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
郵便番号	〒 -	電話番号	-	-		
住所						
代理人記載の場合	代理人氏名（署名）		続柄			

（※）口頭同意により連絡票とする場合は、医療施設側での記入も可とする。

【 介護福祉施設記載欄 】

法人事業所名 代表者名	(担当者) (印)
	(患者 ID (印))
情報 連 携 施 設	<input 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 (ID 有・無)
	<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 (ID 有・無)
	<input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院 (ID 有・無)
	<input type="checkbox"/> Net4U (施設名:) (ID 有・無)
	<input type="checkbox"/> 庄内余目病院 (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) (ID 有・無)
	<input type="checkbox"/> 山形県立中央病院 (ID 有・無)
	<input type="checkbox"/> お薬情報共有システム (酒田地区薬剤師会) (ID 有・無)
<input type="checkbox"/> _____ (ID 有・無)	
<input type="checkbox"/> _____ (ID 有・無)	

※ 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。

【 ちょうかいネット事務局 】 ※所属地区の事務局宛に FAX 送信してください。

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

※担当地区事務局に FAX 送信し、原本はカルテ等の記録と共に自施設で保管をお願いします。

電話番号		FAX 送信者氏名	
------	--	-----------	--

※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。事務局の FAX 受付時間は平日 8:30~17:00 です。