参加同意書兼連絡票

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（過去ﾃﾞｰﾀを含む）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

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） （患者 ID	㊞ ）
情報連携施設	☐日本海総合病院･日本海酒田ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院	（ID 有・無	）
	☐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	）
	☐鶴岡市立荘内病院	（ID 有・無	）
	☐Net4U（施設名：　　）	（ID 有・無	）
	☐庄内余目病院	（ID 有・無	）
	☐山形県立中央病院	（ID 有・無	）
	☐＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	（ID 有・無	）
	☐＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	（ID 有・無	）
	☐＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	（ID 有・無	）
	☐＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	（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。