

## とちまるネット同意書

情報共有施設

同意書取得施設

連携先施設

		
--	---	--

## 患者さん 記入欄

私は、「とちまるネット」に関する説明を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、上記の2つの施設の間で、私の全ての診療科の診療情報が共有されることに同意します。

また、「とちまるネット」による情報提供は、同運営委員会の判断で停止されることに同意します。

記載日	年	月	日		
氏名 (自署)	(旧姓: )				
代理人氏名 (自署)	※代理人による記入の場合のみ代理人氏名をご記入ください。			続柄	

## 同意取得施設 記入欄

患者情報	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男性
	氏名					<input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	
	住所		電話番号			
	患者ID	※貴施設の患者IDをご記載ください。				
施設情報	担当医師名					
	医療機関名					
	同意書取得者	担当医師以外が取得した場合記入			(職種)	
	住所	〒				
	連絡先	TEL:	FAX:			

**情報提供施設 記入欄** ※患者情報の公開設定完了後、「設定完了」欄に日付を記入して情報閲覧施設へご連絡下さい。

施設名	
システム	HumanBridge ・ ID-Link
担当者	
電話番号	
患者ID	
設定完了	月 日