

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 | <input type="checkbox"/> 女性 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 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: | |

| | | |
|------|-----------------------|------------------------------|
| | 同意書取得情報提供施設 | 連携先施設 |
| 施設名 | | |
| システム | HumanBridge ・ ID-Link | 閲覧のみ ・ HumanBridge ・ ID-Link |
| 担当者 | | |
| 電話番号 | | |
| 患者ID | | |
| 設定完了 | 月 日 | 月 日 |