

とちまるネット同意撤回報告書

情報共有施設

同意撤回届取得施設

連携先施設



同意撤回届取得施設 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			
	同意撤回届取得者	担当医師以外が取得した場合記入 (職種)		
	住所	〒		
	連絡先	TEL :	FAX :	

	同意撤回届取得情報提供施設	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	年 月 日	年 月 日