

とちまるネット情報公開依頼書

情報共有施設

頭同意取得施設（閲覧施設）

連携先施設（情報提供施設）



口頭同意取得施設（閲覧施設） 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	年 月 日