

とちまるネット情報公開連絡書

情報共有施設

口頭同意取得施設 (情報提供施設)

連携先施設 (閲覧施設)



口頭同意取得施設 (情報提供施設) 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:		

	口頭同意取得施設 (情報提供施設)	連携先施設 (閲覧施設)
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