

いしかわ診療情報共有ネットワーク同意書

金沢医科大学病院 院長

私は、いしかわ診療情報共有ネットワークの趣旨・内容を理解しましたので、いしかわ診療情報共有ネットワークに参加する下記の医療機関において、私の診療情報が私の受ける共同診療に活用されることに同意いたします。

患者記入欄	同意書記入年月日	年 月 日	
	フリガナ		
	患者氏名（自署）		男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
	代理人記入の場合	代理人氏名（自署）	続柄（ ）
	情報共有機関名	① ② 金沢医科大学病院	

同意取得 医療機関 記入欄	説明医療機関名	
	説明者氏名	
	TEL ()	FAX ()
	患者情報	情報共有機関①での患者番号
情報共有機関②での患者番号		

※1 確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者番号を記入してください。

※2 本紙は、次のとおり送付・保管してください。

※3 情報の共有処理を行う医療機関を確認し、本紙を送付等してください。

（緊急時の事前 FAX 可）

（同意書原本保管医療機関 ① ・ ②）

以下 共有処理実施機関 記入欄

上記患者さんの情報の共有処理を完了しましたので、お知らせします。

整理番号		[連絡先]	[備考]
処理年月日	年 月 日	金沢医科大学病院 地域医療連携事務課 Fax (0120) 076-286 (直通フリーダイヤル)	
処理担当者 所属・氏名	金沢医科大学病院 地域医療連携事務課 ()		