江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク参加同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

私は、下記の説明担当者から「江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク」に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

【患者様記載欄（自署）】

令和　　　　年　　　月　　　日

：　　　　　　　　　　　　　男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日

（代理人記載の場合：代理人氏名　　　　　　　　　　続柄　　　　　）

【紹介元記載欄】

・患者ＩＤ：

・説明担当者（自署）：

・紹介元医療機関：

・電話番号：

・連携病院名：江別市立病院

※確実な患者本人の確認のために「患者ＩＤ番号」を記載してください

※原本は、説明し同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同

意書送信票」ともにＦＡＸ送信してください。

江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク参加同意撤回届

（同意書取得時に必要箇所に記載して患者様にお渡しください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療機関において「江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク」に参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

【患者様記載欄（自署）】（同意を撤回する際に記載してください）

令和　　　　年　　　月　　　日

：　　　　　　　　　　　　　男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日

（代理人記載の場合：代理人氏名　　　　　　　　　　続柄　　　　　）

【紹介元記載欄】（同意書取得時に記載してください）

・説明担当者（自署）：

・紹介元医療機関：

・電話番号：

江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク参加同意書

○○クリニック　院長　△△　××　　様

私は、下記の説明担当者から「江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク」に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

【患者様記載欄（自署）】

令和　６　年　４　月　１　日

：　　　　　　　男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和　　５０　　年　４　月　１　日

（代理人記載の場合：代理人氏名　　　　　　　　　　続柄　　　　　）

【紹介元記載欄】

・患者ＩＤ：　　　１２３４５６７８９

・説明担当者（自署）：江別　次郎

・紹介元医療機関：○○クリニック

・電話番号：０１１－３８２－５１５１

・連携病院名：江別市立病院

※この同意書を記入する際に撤回届けにもご記入ください。

※確実な患者本人の確認のために「患者ＩＤ番号」を記載してください。

※原本は、説明し同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同

意書送信票」ともにＦＡＸ送信してください。

令和　　　　年　　　月　　　日

患者情報および医療連携システム同意書送信票

* 江別市立病院　患者支援センター行

電話：011-382-5151（内線：1152）

ＦＡＸ：011‐382‐8381

このたび、別紙のとおり地域医療連携システムへの参加同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | |
| ふりがな |  | | | 男・女 |
| 患者氏名 |  | | |
| 患者ID |  | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 患者住所 | 電話（　　　　　　　　）　　　　　　　　 － | | | |
| 診療科 |  | 主治医 |  | |
| 主病名 |  | | | |