

独立行政法人 地域医療機能推進機構(JCHO) 九 州 病 院 きしのうらネット参加同意書

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院長 殿

私は、下記の説明担当者から独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 きしのうらネット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 〉

平成 年 月 日

ふりがな

患者氏名(自署)： 男 ・ 女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

(代理人記載の場合：代理人氏名(自署) 続柄)

〈 同意書取得施設記載欄 〉

同意書取得施設名： 電話番号：

同意書取得施設の患者 I D 番号：

他の医療機関での同意書作成歴： なし ・ あり

〈 患者様連絡先 〉

住 所：

電話番号： — —

説明担当者(自署)： (部署：)

確実な患者本人の確認のために、JCHO九州病院の「患者 I D 番号」をお聞きます。

- ・持っている・・・JCHO九州病院の患者 I D 番号：
- ・持っていない・・・JCHO九州病院の診察予約日：平成 年 月 日
- ・不明

ご記入いただいた「きしのうらネット参加同意書」の原本は、同意書取得施設が保管するものとします。同意書のコピーを患者様本人へお渡し、当該ネット事務局には、FAX送信してください。

(この同意書のコピーを患者様へお渡しする際に、撤回届もお渡しください)

事務局担当：医療支援部 FAX：0120-229-822 (TEL：0120-489-788)