

送信先：(独)地域医療機能推進機構 九州病院 医療支援部 〈FAX〉 0120-229-822

送信元：施設名 担当者様

(独)地域医療機能推進機構 九州病院 きしのうらネット参加同意書

(独)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)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〉

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・令和	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ID番号 : _____ 担当医師名 _____

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、(独)地域医療機能推進機構 九州病院の「患者ID番号」をお聞きます。

- ・持っている・・・(独)地域医療機能推進機構 九州病院の患者ID番号 : _____
- ・持っていない・・・(独)地域医療機能推進機構 九州病院の診察予約日 : _____ 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は、同時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)