

大分県医療情報ネット 患者同意書

院長 様

私は下記の説明担当者から、大分県医療情報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。

私の診療情報が大分大学医学部附属病院と_____との間で共有されることに同意します。また登録情報を大分大学医学部附属病院に提供されることにも同意いたします。

患 者 様 記 載 欄				
同 意 年 月 日	2 0 年 月 日			
ふ り が な				
患者氏名（自署）	男 ・ 女			
生 年 月 日	年 月 日			
住 所				
代理人記載の場合	代理人氏名（自署）		続柄	

同意取得施設記載欄（この同意書を記入する際に撤回書にもご記入ください。）			
診 療 科 名		担 当 医 名	
説明担当者（自署）			（部署）
開 示 ・ 閲 覧 施 設 1	(ID :)		
開 示 ・ 閲 覧 施 設 2	(ID :)		
登録担当者氏名		連絡先電話番号	

※確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者 ID 番号を記載して下さい。

原本は、説明の後、同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピー 1 部を患者様本人へお渡しし、大分大学医学部附属病院に F A X （097-586-6358）送信して下さい。