

大分県医療情報ネット 患者同意書

連携希望先施設名	大分大学医学部附属病院 ・ 済生会日田病院 その他（ ） ※○印または記入
----------	--

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。

私の診療情報が連携する施設間で共有されることに同意します。

患 者 様 記 載 欄				
同 意 年 月 日	2 0 年 月 日			
ふ り が な				
氏 名 （ 自 署 ）	男 ・ 女			
代理人記載の場合	代理人氏名（自署）		続柄	

患者様へ

- ・記載された個人情報、あなたの医療に関わる施設の連携にのみ使用し、それ以外の目的のために使用または第三者に提供することはありません。
- ・連携先施設で本人確認に使用します。住所、生年月日に間違いがないかご確認ください。

同意取得施設記載欄			
施設名		担当医名	
説明担当者氏名 (自署)		部署	
患者住所	〒 電話 () ー		
生年 月 日	年 月 日		
患者ID番号			

原本は説明の後、同意を得た医療機関が保管することとします。

コピー1部を患者様本人へお渡しください。

連携先施設へは FAX、郵送、患者持参のいずれかの方法で送付してください。