

診療情報共有のための同意書

(h-Anshin むこねっと)

この同意書は

と当院との間で

あなたの診療内容をh-Anshin むこねっとを利用して双方の医療機関で共有する(参照する)ことができるようにするための同意をいただく書類です。同意いただくことで、情報公開病院の治療の進行状況がわかり、あなたの治療に役立てることができます。

※診療内容は、当院及び紹介先の医療従事者以外が見ることはありません。

※診療内容の共有は、当院及び紹介先医療機関の全診療科が対象となります。

共有を希望されない診療科がある場合はご記入下さい。但し、画像データは共有されます。

※同意はいつでも別紙で撤回することができます。

患者さん記入欄

●別紙説明書の1～4の項目を十分理解した上で、私の検査結果や治療の内容をネットワーク上で双方が見ることに

同意します。 同意しません。

同意の日付; 平成 年 月 日

患者氏名;

ふりがな

性別; 男 ・ 女 (○印をしてください。)

生年月日; 明治・大正 年 月 日
昭和・平成

住所;

署名欄	
-----	--

ご本人以外の署名の場合は、いずれかに○印をつけて下さい。

1. 本人に十分な判断能力がないので、法定代理人または委任を受けて代理人が、代理人の名前で署名します。

(本人との続柄 _____)

2. 本人は同意していますが、署名できませんので、本人の名前を代筆します。(代筆者 _____)

共有を希望しない診療科 なし あり (_____)

同意取得医療機関記入欄

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

紹介患者のID番号(自院のカルテ番号) _____

新規に紹介します。

過去の診療情報を参照します。

*ただし、病院毎に開示可能期間が異なりますのでご注意ください。

(情報公開病院 記載欄)

公開設定担当者 記載欄	
第一	(氏名) _____ 印 (設定完了日) _____ 年 月 日
第二	(氏名) _____ 印 (設定完了日) _____ 年 月 日

主治医 記載欄	
第一	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付:平成 年 月 日 (診療科) _____ (主治医名) _____
第二	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付:平成 年 月 日 (診療科) _____ (主治医名) _____

診療情報共有のための同意書
(h-Anshin むこねっと)

この同意書は

と当院との間で

あなたの診療内容をh-Anshin むこねっとを利用して双方の医療機関で共有する(参照する)ことができるようにするための同意をいただく書類です。同意いただくことで、情報公開病院の治療の進行状況がわかり、あなたの治療に役立てることができます。

※診療内容は、当院及び紹介先の医療従事者以外が見ることはありません。

※診療内容の共有は、当院及び紹介先医療機関の全診療科が対象となります。

共有を希望されない診療科がある場合はご記入下さい。但し、画像データは共有されます。

※同意はいつでも別紙で撤回することができます。

患者さん記入欄

●別紙説明書の1~4の項目を十分理解した上で、私の検査結果や治療の内容をネットワーク上で双方が見ることに

同意します。 同意しません。

同意の日付; 平成 29 年 〇 月 〇 日

患者氏名;

ふりがな ひょうご たろう

性別; 男 ・ 女 (〇印をしてください。)

兵庫太郎

生年月日; 明治・大正
昭和・平成 XX 年 〇〇 月 △△ 日

住所;

尼崎市〇〇町△丁目XX番▽▽号

署名欄

兵庫太郎

ご本人以外の署名の場合は、いずれかに〇印をつけて下さい。

1. 本人に十分な判断能力がないので、法定代理人または委任を受けて代理人が、代理人の名前で署名します。

(本人との続柄 _____)

2. 本人は同意していますが、署名できませんので、本人の名前を代筆します。(代筆者 _____)

共有を希望しない診療科 な

患者さんご本人の名前をご自身でご記入ください。

ただし、

【患者さんが15歳未満の場合】

署名欄に親権者が親権者の氏名を記入し、署名欄横の 1. に〇印及び続柄をご記入ください。

【患者さんが15歳以上の場合】

①ご本人に十分な判断能力がない場合には、署名欄に法定代理人または委任を受けた代理人が代理人の氏名を記入し、署名欄横の 1. に〇印及び続柄をご記入ください。

②ご本人は同意しているが「ご自身で署名ができない場合」には、署名欄に代筆者が患者氏名を記入し、署名欄横の 2. に〇印及び代筆者名をご記入ください。

平成 年

医療機関住所

医療機関名

医師名

紹介患者のID番

(情報公開病院

公開

第一

(氏名)

(設定完了日)

第二

(氏名)

(設定完了日)

年

診療情報共有のための同意書
(h-Anshin むこねっと)

この同意書は

むこねっと病院

と当院との間で

あなたの診療内容をh-Anshin むこねっとを利用して双方の医療機関で共有する(参照する)ができるようにするための同意をいただく書類です。同意いただくことで、あなたの治療に役立てることができます。

※診療内容は、当院及び紹介先の医療従事者以外が見ることはありません。

※診療情報の共有は、当院及び紹介先医療機関の全診療科が対象となります。

共有を希望されない診療科がある場合はご記入下さい。但し、画像データは共有されます。

※同意はいつでも別紙で撤回することができます。

患者さん記入欄

●別紙説明書の1~4の項目を十分理解した上で、私の検査結果や治療の内容をネットワーク上で双方が見ることに

同意します。 同意しません。

同意の日付: 平成 29 年 〇 月 〇 日

患者氏名:

ふりがな ひょうご たろう

性別: 男 ・ 女 (〇印をしてください。)

兵庫太郎

生年月日: 明治・大正
昭和・平成 XX 年 〇〇 月 △△ 日

住所: 尼崎市〇〇町△丁目XX番▽▽号

署名欄

兵庫太郎

ご本人以外の署名の場合は、いずれかに〇印をつけて下さい。

1. 本人に十分な判断能力がないので、法定代理人または委任を受けて代理人が、代理人の名前で署名します。

(本人との続柄 _____)

2. 本人は同意していますが、署名できませんので、本人の名前を代筆します。(代筆者 _____)

共有を希望しない診療科 なし あり (_____)

同意取得医療機関記入欄

パターンA の場合に

平成 29 年 〇 月 〇 日

医療機関住所

尼崎市南塚口町4-4-7

医療機関名

山本医院

医師名

山本 一郎

紹介患者のID番号(自院のカルテ番号) XXXXX

新規に紹介します。

過去の診療情報を参照します。

*ただし、病院毎に開示可能期間が異なりますのでご注意ください。

パターンBの場合に

(情報公開病院 記載欄)

(*記載なしでも可)

公開設定担当者 記載欄	
第一	(氏名) _____ 印 (設定完了日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
第二	(氏名) _____ 印 (設定完了日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医 記載欄	
第一	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (診療科) _____ (主治医名) _____
第二	<input type="checkbox"/> 同意書を確認しました。 日付:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (診療科) _____ (主治医名) _____