

(様式4)

公開同意書

知多半島医療連携ネットワーク統括責任者 様

-----<参加医療機関記載欄>-----

自院患者ID _____ 患者氏名 _____
地域患者ID _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

公開医療機関 半田市立半田病院 公立西知多総合病院 常滑市民病院
※公開希望の医療機関にチェックをつけてください。(複数選択可)

利用期間 公開登録から180日間

公開範囲 診療期間：公開登録日から過去180日間、未来180日間
診療科：公開医療機関の診療科全て(精神科を除く)

特記事項 _____

※患者様が公開を希望されない診療期間、診療科等があれば記載してください。

参加医療機関名 _____

利用管理責任者名 _____

同意取得者(署名又は記録・捺印) _____ 科 _____ (印)

※利用管理責任者と同一の場合、同意取得者は省略可

-----<患者様ご記入欄>-----

私は、「知多半島医療連携ネットワーク」に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解し、「知多半島医療連携ネットワーク」により診療情報が上記参加医療機関に公開されることに同意します。

年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

同意者氏名(自署) _____ (公開対象者との続柄) _____

住 所 _____

<参加医療機関様へのお願い>

- 公開同意書原本は各参加医療機関で保管してください。
- 公開同意書受領時に、「知多半島医療連携ネットワーク公開同意撤回書」(様式5)に必要な箇所を記入し、患者様へお渡しください。
- 公開を希望される公開医療機関へFAX送信してください。(複数ある場合はそれぞれの医療機関へFAX送信してください。)

FAX送信先

半田市立半田病院(地域医療連携室):0569-24-3254
公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC):0562-33-0010
常滑市民病院(システム管理室):0569-34-8526