

診療情報地域連携システム参加同意書（個人情報共同利用同意）

情報管理責任者様

私は、以下の説明担当者から診療情報地域連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的利用方法等を理解しましたので、私の診療情報が私の診療に係る医療提供施設、介護サービス事業所、行政機関で活用されることに同意します。

患者記載欄				
同 意 年 月 日	年 月 日			
氏 名（自 署）				
代理人による記載	代理人氏名(自署)		続柄	

申請施設記載欄				
申 請 施 設 名			電話番号	
説 明 担 当 者 氏 名（自 署）			部 署	
患 者 氏 名	ふりがな	男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
患 者 住 所	〒 電話（ ） ー			
患 者 I D 番 号	申請施設におけるID番号等を記載してください			

原本は説明し同意を得た施設が保管することとします。コピーを1部患者様へお渡しください。

連携先医療機関へはFAX、郵送、患者持参のいずれかの方法で送付してください。

※ 記載された個人情報は、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又は第三者に提供することはありません。