

きすな  
「北はりま絆 ネット」参加同意書

(情報公開施設：平成 30 年 6 月現在)

- |   |                    |                                 |
|---|--------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 市立西脇病院 院長 様      | (FAX 0795-23-4580) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 市立加西病院 院長 様      | (FAX 0790-42-5365) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 加東市民病院 院長 様      | (FAX 0795-42-0307) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 大山記念病院 院長 様      | (FAX 0795-28-5801) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 北播磨総合医療センター 院長 様 | (FAX 0794-62-9911) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 多可赤十字病院 院長 様     | (FAX 0795-32-5277) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 服部病院 院長 様        | (FAX 0794-70-8024) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 三木山陽病院 院長 様      | (FAX 0794-85-3582) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/> 兵庫あおの病院 院長 様     | (FAX 0794-62-5551) | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |
| <input type="checkbox"/>                  | (FAX )             | <input type="checkbox"/> 紹介予定患者 |

私は、下記の説明担当者から、「北はりま絆ネット」に関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が以下の医療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	平成	年	月	日
ふりがな				性別
患者氏名(自署)				男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
住所			電話番号	市外局番 ( ) -
代理人記載の場合	代理人氏名(自署)		続柄	

## 【情報閲覧施設記載欄】

医療施設名		説明担当者名	
自院患者ID番号			
情報公開施設 情報共有を希望する施設に☑して下さい。 新たな参加情報公開施設は空欄に記入願います。	<input type="checkbox"/> 市立西脇病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 市立加西病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 加東市民病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 大山記念病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 北播磨総合医療センター (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 多可赤十字病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 服部病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 三木山陽病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> 兵庫あおの病院 (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 ) <input type="checkbox"/> (患者ID ⇒有・無 患者ID番号 )		
<input type="checkbox"/> 患者が有効期間を希望した場合 ( 年間)			
備考			

※ 確実な患者本人確認の為に、各医療機関が患者ID番号を記載して下さい。

※ 同意を得た施設が施設控を保管し、患者様へは本人控をお渡しく下さい。

情報共有を希望する施設全てに FAX 送信して下さい。

FAX 送信日	平成	年	月	日	FAX 送信者氏名	
電話番号				F A X 番 号		