

きすな  
「北はりま絆ネット」参加同意書

施設控

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。

- |   |                    |                                 |
|---|--------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 西脇市立西脇病院 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病院 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 |

【患者様記載欄】 同意年月日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
患者氏名(自署)			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	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	

【参加同意の説明を実施した施設の記載欄】

医療施設名	説明担当者名
自院患者ID番号	
連携先施設 (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"/> 西脇市立西脇病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 市立加西病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 加東市民病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 大山記念病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 北播磨総合医療センター (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 多可赤十字病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 服部病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 三木山陽病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> 兵庫あおの病院 (患者ID ⇒患者ID番号： ・無) <input type="checkbox"/> (患者ID ⇒患者ID番号： ・無)
<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ために、各医療機関が患者ID番号を記載してください。
- ※ 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ださい。
- 情報共有を希望する施設全てに FAX 送信してください。

【FAX 送信】

患者登録依頼	令和 年 月 日	FAX 送信者氏名：
	TEL：	FAX：
患者登録完了	令和 年 月 日	FAX 送信者氏名：