

記入例

ふくいメディカルネット同意書

1

開示医療機関名
 申請元： 福井県済生会病院 院長 殿
 連携先： 福井県立病院 院長 殿

紹介先医療機関名を記

私は、下記の説明担当者から“ふくいメディカルネット”に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、貴院ならびに連携先病院の私の診療情報が両医療機関の間で相互に活用されることに同意します。

〈患者さん記載欄（自署）〉

■記入日：平成 年 月 日
 <申請元>・希望する公開開始日：平成 / 年 / 月 / 日
 <連携先>・希望する公開開始日：平成 / 年 / 月 / 日
 （希望する公開開始日がない場合には公開開始日は記入日となります）

フリガナ
 ■患者さん氏名： _____ 男・女
 ■生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
 ■住所： _____
 ■他の医療機関での同意書作成歴： 不明・なし・あり（医療機関名： _____）

■精神科・心療内科の情報については原則開示しません。
 開示を希望する場合にはチェックをお願いします。→ 希望する
 その他開示を希望しない診療科について番号にて記載ください。（別紙参照）

■貴院並びに連携先病院で検査のため撮影されたCTやMRI等の画像について、今後の治療・診療に役立てるために、撮影された画像を本院で利用することに同意しますか。
同意する 同意しない

（代理人記載の場合：代理人氏名 _____ 続柄： _____）

こころの診療科(精神科)以外全科の情報を紹介先に開示する、というよう

紹介先に済生会病院で撮影した画像データを全て公開します、というように説明ください

2

〈申請医療機関記載欄〉（この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください）

医療機関名	福井県済生会病院	
担当主治医氏名	登谷大佑	
説明担当者	<input type="checkbox"/> 担当主治医 <input checked="" type="checkbox"/> その他（部署： 地域連携室 氏名： 済生 太郎）	
連絡先	TEL	(0776) 28 - 8521
	FAX	(0776) 28 - 8525
自院患者ID番号	12345678	
連携開示医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 福井県立病院 <input checked="" type="checkbox"/> 福井県済生会病院 <input type="checkbox"/> 福井循環器病院 <input type="checkbox"/> 福井赤十字病院 <input type="checkbox"/> 福井総合病院 <input type="checkbox"/> 嶋田病院 <input type="checkbox"/> 春江病院 <input type="checkbox"/> 福井大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 福井勝山総合病院 <input type="checkbox"/> 越前町国民健康保険織田病院 <input type="checkbox"/> 公立丹南病院 <input type="checkbox"/> 市立敦賀病院 <input type="checkbox"/> 国立病院機構敦賀医療センター <input type="checkbox"/> 杉田玄白記念公立小浜病院 <input type="checkbox"/> 若狭高浜病院	
連携先患者ID番号		

説明担当者の部署と氏名を記載

済生会病院の患者IDを記載

3

紹介先と済生会病院にチェック

4

紹介元がある場合のみ記載ください。
 情報共有する医療機関名（紹介元）： _____

ふくいメディカルネット同意書

記入例

1

- 福井県立病院 福井県済生会病院 福井循環器病院 福井赤十字病院 福井総合病院
 嶋田病院 春江病院 福井大学医学部附属病院 福井勝山総合病院
 越前町国民健康保険織田病院 公立丹南病院 市立敦賀病院 紹介先医療機関名を記
 国立病院機構敦賀医療センター（旧称 国立病院機構福井病院） 杉田玄白記念公立小浜病院
 若狭高浜病院 閲覧医療機関名（ あすわクリニック ） 院長 殿

私は、下記の説明担当者から“ふくいメディカルネット”に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

〈患者さん記載欄（自署）〉

■記入日：平成 年 月 日 ・希望する公開開始日：平成 / 年 / 月 / 日
（希望する公開開始日がない場合には公開開始日は記入日となります）
 フリガナ
 ■患者さん氏名： _____ 男・女
 ■生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
 ■住所： _____
 ■他の医療機関での同意書作成歴： 不明・なし・あり（医療機関名： _____）
 ■精神科・心療内科の情報については原則開示しません。
 開示を希望する場合にはチェックをお願いします。→ 希望する
 その他開示を希望しない診療科について番号にて記載ください。（別紙参照）
 ■紹介先の医療機関で検査のため撮影されたCTやMRI等の画像について、今後の治療・診療に役立てるために、撮影された画像を本院で利用することに同意しますか。
 同意する 同意しない
 （代理人記載の場合：代理人氏名 _____ 続柄： _____）

こころの診療科(精神科)以外全科の情報を紹介先に開示する、という

紹介先に済生会病院で撮影した画像データを全て公開します、というように説明ください

2

〈申請医療機関記載欄〉（この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください）

TEL番号： 0776-28-8521 FAX番号： 0776-28-8525
 自院患者ID番号： 12345678
 連携希望病院名
 福井県立病院 (患者ID番号： _____)
 福井県済生会病院 (患者ID番号： 12345678)
 福井循環器病院 (患者ID番号： _____)
 福井赤十字病院 (患者ID番号： _____)
 福井総合病院 (患者ID番号： _____)
 嶋田病院 (患者ID番号： _____)
 春江病院 (患者ID番号： _____)
 福井大学医学部附属病院 (患者ID番号： _____)
 福井勝山総合病院 (患者ID番号： _____)
 越前町国民健康保険織田病院 (患者ID番号： _____)
 公立丹南病院 (患者ID番号： _____)
 市立敦賀病院 (患者ID番号： _____)
 国立病院機構敦賀医療センター (患者ID番号： _____)
 杉田玄白記念公立小浜病院 (患者ID番号： _____)
 若狭高浜病院 (患者ID番号： _____)
 閲覧医療機関名 (_____) (患者ID番号： _____)

済生会病院の患者IDを記載（チェックを忘れずに）

（確実な患者本人の確認のために、医療機関ごとの「患者ID番号」を記載してください）

申請医療機関名： 福井県済生会病院
 説明した主治医氏名： 鈴木 太郎

紹介元がある場合のみ記載ください。
 情報共有する医療機関名（紹介元）： _____