

ふくいメディカルネット同意書

- 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
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（ _____ ） 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）

■本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、
 撮影された画像を紹介先医療機関等にて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： _____）

〈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： _____ FAX番号： _____
 自院患者ID番号： _____
 連携希望病院名

<input type="checkbox"/> 福井県立病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 福井県済生会病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 福井循環器病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 福井赤十字病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 福井総合病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 嶋田病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 春江病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 福井大学医学部附属病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 福井勝山総合病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 越前町国民健康保険織田病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 公立丹南病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 市立敦賀病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 国立病院機構敦賀医療センター	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 杉田玄白記念公立小浜病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 若狭高浜病院	(患者ID番号： _____)
<input type="checkbox"/> 閲覧医療機関名（ _____ ）	(患者ID番号： _____)

（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 _____
 説明した主治医氏名 _____ *菅谷大輔*

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）： _____