

(様式 A7)

南予地域連携ネットワークシステム「きさいやネット」への同意書

市立宇和島病院 院長 殿

私は、きさいや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、きさいやネットを通じて私の市立宇和島病院における診療情報が、下記医師(利用医)に閲覧されることに同意します。

同意取得日 年 月 日

患者さん記入欄				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男性	歳	(明治・大正・昭和・平成・令和)
		<input type="checkbox"/> 女性		年 月 日
住所				
代理人による記載	代理人氏名:		続柄	
市立宇和島病院 診察券番号	※分かる方はご記入ください			

※患者さん本人(15歳以上の意思能力がある者)の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意が困難な場合に限り、代理権限を有する親族等の代理人による代理取得も可能です。代理人が署名した場合には代理人氏名と続柄を必ずご記入ください。

医療機関記入欄			
医療機関名			
利用医師名			
TEL		FAX	
説明担当者	<input type="checkbox"/> 利用医師に同じ (部署) (氏名)		
※市立宇和島病院にて同意書を取得する場合の同意確認者 <input type="checkbox"/> 説明担当者と同じ 同意確認者氏名:			

※総合病院などの診療科が複数ある医療機関では利用医申請している全ての医師が閲覧可能となります。
同意書の運用方法については、利用マニュアルを確認してください。
同意取得の際に同意撤回届とあわせて記入し、同意書はコピーを同意撤回届は原本を患者さんへお渡し下さい。

(市立宇和島病院記載欄)

設定担当者名

【事務局】 〒798-8510
愛媛県宇和島市御殿町1番1号
市立宇和島病院 医事課地域連携係
(電話)0895-25-1111(代表) (FAX)0895-26-6560

設定完了

日付

／