

いつつばしネット説明同意書

この同意書は、あなたが紹介先の病院で受けた検査結果や治療内容などの診療経過を、かかりつけ主治医である私がネットワークを通じて当院診察室のパソコン端末で見る（参照する）ことに同意をいただくためのものです。紹介先病院での診療経過や検査結果をかかりつけ主治医が、早く正確に知ることは、あなたの退院後の治療や経過観察に大変有用です。

※尚、治療や検査の内容は、私以外が見ることはありません。また同意はいつでも別紙で撤回することができます。

紹介先病院（連携医療機関）（該当する□に✓を入れてください）

岩国市医療センター医師会病院

国立病院機構岩国医療センター（旧国病）

●私の検査結果や治療の内容などの診療情報を参照することに

同意します 同意しません

●今回の紹介先からさらに他の病院（共同診療連携先）に転院になった場合も同じように検査結果や治療の内容を見ることに

同意します 同意しません

今日の日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（この日より原則として6ヶ月間の間に限り当院で参照することが出来ます）

名前（本人が署名してください）

ふりがな

性 別 男 ・ 女 （○印をしてください）

明治・大正

生年月日

昭和・平成

年

月

日生

住所

本人が書けない場合は代理人の方の名前 _____ 続柄 _____

以下は紹介元医療機関で記入

医療機関名（スタンプ可）

医師名（要自署） _____

紹介患者の ID 番号（自院のカルテ番号） _____

※ この用紙の取り扱いは以下の①②③に従ってください。

① この同意書を紹介先病院の病診連携室に FAX する。

岩国市医療センター医師会病院 FAX 番号 0827-21-3411

国立病院機構岩国医療センター FAX 番号 0827-35-5896

②この同意書の原本は紹介元医療機関で保管する。

③この同意書の写しを医療機関名等を記入した同意撤回書とともに患者さんにも渡す。