

キビタン健康ネット 情報同意撤回届

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 殿

<< 患者さん記載欄 >>

ふりがな : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____ 性別 : 男・女 _____

住所 : 〒 _____

電話 : (_____) _____ - _____

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※代理人記載の場合 : 代理人氏名 _____ 続柄 _____
代理人 : 3親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

私は、以下における情報共有、閲覧の同意を撤回いたします。

※撤回したい項目にチェックを入れてください。

- 調剤情報 (調剤薬局からアップロードされた調剤情報の共有、閲覧)
- 画像情報 (医療機関からアップロードされた画像情報の共有、閲覧)
- 地域連携パス (医療機関毎の診療計画情報の共有、閲覧)

<< 同意書取得施設記載欄 >>

同意書取得施設 : _____

電話 : (_____) _____ - _____ FAX : (_____) _____ - _____

説明担当者 : _____ 所属部署 : _____

キビタン健康パスポート番号 070701 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【重要】

- ・コピーを一部患者さんへお渡しください。
- ・この同意書は協議会事務局へFAXしてください。 **FAX : 050-3730-0128**
- ・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。
〒960-8036 福島市新町4-22 福島県医師会館1F リーダー: 0120-578-818 電話: 024-525-8818
一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 宛