

キビタン健康ネット 診療情報共有同意書
(情報提供施設からの紹介用)

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 様

私は、下記の説明担当者からキビタン健康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、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 ▶▶

ふりがな : _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____ 性別 : _____ 男・女 _____

郵便番号 : 〒 _____

住所 : _____

電話 : (_____) _____ - _____

生年月日 : 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 * 同意を撤回したい場合は、お申し出ください。

情報共有施設

同意書取得施設 (情報提供施設)

施設名 : _____

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

説明担当者 : _____ 所属部署 : _____

同意取得施設の患者 I D : _____ (貴施設の患者 I D を記入して下さい)

キビタン健康パスポート番号 070701-

0	0	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

右づめで記載してください



連携希望施設名 (参照施設)

施設名 : _____

所在地 : _____ 市・町・村 ※同一施設名による間違い防止のため記入してください

参照施設の患者 I D : _____ (参照施設にて記入してください)

参照施設は、自施設の患者 ID を上記に記入後、協議会へ FAX してください

【重要】

- ・コピーを一部患者さんへお渡しください。
- ・同意書取得施設は、この同意書を協議会事務局へ FAX するとともに、連携希望施設へ FAX してください。
FAX : 050-3730-0128 電話 : 024-525-8818

・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ください。
〒960-8036 福島市新町 4-22 福島県医師会館 1F 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