福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

救急･災害時

様式

[情報提供施設用]

キビタン健康ネット　救急閲覧報告書

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

下記の患者における診療情報をキビタン健康ネット救急ルールにより閲覧しましたのでご報告します。

報告日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 閲覧日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　　時　　　分頃 | |
| フリガナ |  | 性　別 |
| 患者氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　　　年　　　月　　　日 | |

報告書提出施設情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 閲覧者名 |  | |
| 提出担当者  ※当書類作成が閲覧者と  別の職員の場合 | 部署 |  |
| 氏名 |  |

閲覧先施設情報

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名  ※複数記入可 |  |

救急閲覧確認事項（内容を確認の上、□に✔を入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 確認事項 | 救急閲覧について本人又は家族等へ以下の内容を口頭で説明した(予定)。   * + 知り得た情報は目的外に利用しないこと   + 今回の閲覧利用は一時的なものであること   + キビタン健康ネットのホームページに説明資料が掲載されていること   継続して閲覧する場合は診療情報共有同意書により手続きします。 |

※この書類は、**閲覧３日以内に協議会事務局へ必ずFAX**してください。