**（情報提供医療機関）**

　　　　　　　　 院長　様

**からっ風ネット　閲覧同意書**

私は、「からっ風ネット」に関して、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が下記の医療機関で共有されることに同意します。

|  |
| --- |
| **患者さん　記入欄** |
| 記　載　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 氏名（自署） |  |
| 代理人氏名（自署） | ※代理人記載の場合のみ代理人氏名をご記入ください。 | 続柄 |  |

|  |
| --- |
| **※閲覧側医療機関　記入** |
| 病院情報 | 医療機関名 |  |
| 担当医師名 |  |
| 連絡先 |  |
| ＜情報提供依頼先＞医療機関名 |  |
| 患者情報 | フリガナ |  | 性別 | 男性女性 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 患者ＩＤ |  |

◎同意書（原　本）：同意を取得した施設で保管してください。

◎同意書（コピー）：患者さんにお渡しください。

※記入後、情報提供施設にＦＡＸをお願いいたします。

|  |
| --- |
| **※情報提供施設　記入欄** |
| 上記患者さんの登録が完了しました。 |
| 平成　　　年　　　月　　　日 | 担当者 |  |

地域医療連携課　2014.07.09　Ver.1.0