様式第１２－２号

いしかわ診療情報共有ネットワーク

口頭同意確認書

下記情報共有施設の長様

　いしかわ診療情報共有ネットワークの趣旨・内容を説明し、同ネットワークに参加する下記の利用施設において、下記患者の診療情報について共同診療等に活用すること、及び患者個人が特定されない状態で同ネットワークの統計資料等に利用することの同意を得ました。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情報欄 | 同意年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  患者氏名 | 男　・　女 | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 説明を受けた人 |  | 続柄 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意取得施設記入欄 | 診療科名 |  | | |
| 医師名 |  | | |
| 説明者職氏名 | 氏名： | | 職種： |
| 説明施設名 |  | | 患者番号： |
| 電話番号 |  | |
| FAX番号 |  | |
| 情報共有施設名 |  | | 患者番号： |
|  | | 患者番号： |
|  | | 患者番号： |
|  | | 患者番号： |
| 共有処理実施機関名 | | | |

上記患者の診療情報の共同診療等に活用することの同意を

診療録・調剤録等に記載した。

※１　確実な患者情報の確認のため、各施設の患者番号をご記入ください。

※２　同意を得た旨を記録してください。

※３　共有処理を行う施設にFAXし、原本は取得(利用)施設で保管してください。

以下　共有処理実施機関　記入欄

上記患者さんの情報の共有処理を完了しましたので、お知らせします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | [備考] |
| 処理年月日 |  |
| 処理担当者  所属・氏名 |  |