

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		
	フリガナ 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		