

メディネット・たんちょう 同意書FAX送信票

送付先医療機関等 _____ 御中

発信元医療機関等 _____ 送信担当者 _____
 電話番号 (_____) FAX番号 (_____)

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			
TEL			
患者住所	〒 -		
診療科		主治医	
主病名			

※太枠はIDリンク接続時の必須項目です。

保険者番号	
記号・番号	
被保険者氏名	
続柄	
有効期限	

高齢者負担割合		割
---------	--	---

乳幼児・母子・障害・特定・老人	(負担 割)
公費負担番号	
公費負担受給者番号	
有効期限	

<input type="checkbox"/> 緊急 受診
<input type="checkbox"/> 後日 受診 (情報提供書)
<input type="checkbox"/> その他

乳幼児・母子・障害・特定・老人	(負担 割)
公費負担番号	
公費負担受給者番号	
有効期限	

備考欄

メディネットたんちょう 参加同意書

『患者記載欄』

- 地域医療情報ネットワークシステムの仕組みについて理解し、その目的及び利用方法について説明を受けました。
- 同意を取った施設間で診療情報が共有される事、希望に応じて参加の撤回ができる事について説明を受けました。
- メディネットたんちょうにおける個人情報保護についての説明を受けました。

↑各ボックスに☑して下さい

上記説明の内容、及び活動目的について理解しましたので、私の診療情報が共有活用されることに同意いたします。

①記載日：平成 年 月 日

②患者氏名： (フリガナ) 男・女

③生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

④他の施設での同意書作成歴： なし・あり (同意書作成施設名 :)

⑤代理人記載の場合：代理人氏名 続柄

『同意取得施設記載欄』

※先頭からの「0」は省略せずに記入してください。

同意取得施設名： 患者ID：

説明担当者：(自署) 部署

連携希望施設名

釧路労災病院

市立根室病院

釧路赤十字病院

町立中標津病院

釧路孝仁会記念病院

町立別海病院

道東勤医協釧路協立病院

(協立すこやかクリニック含む)

標津町国民健康保険標津病院

市立釧路総合病院

知床らうす国民健康保険診療所

その他(施設名

ID)

『システム設定者記載欄』

施設名： 設定者

設定完了
日付
