

同 意 書

豊中市病院事業管理者 様

患 者 記 入 欄			
私は、市立豊中病院ネットに関する説明文書にもとづき、下記の説明者からの説明を受けました。その上で、市立豊中病院ネットの概要などについて理解をしましたので、下記の（１）及び（２）について、次のとおり同意します。 （１）下記の施設が、市立豊中病院が保有する私の診療情報に関して、市立豊中病院ネットを利用して閲覧することについて同意します。 （２）ID-Link を利用している施設が、患者登録などのために、私の個人情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、カルテID）を利用することについて同意します。 ※上記の（１）と（２）に同意された場合は、下記に必要事項をご記入ください。			
記入日	年 月 日	生年月日	
(ふりがな) 氏 名	(自署をお願いします)	性別	
		電話番号	
住 所			
代理人記載の場合 ※1	代理人氏名 本人との関係 代理人住所 代理人電話番号		
閲覧する施設の患者番号 (薬局の場合は記入不要です。)	(前についているゼロも省略せず記入してください。)	市立豊中病院 の診察券番号 (8桁)	
診療情報の閲覧を許可する施設名	施設名 (必須) :		
診療科・閲覧者を指定する場合はご記入ください。※2	診療科名 (任意) :		閲覧者名 (任意) :

※1 代理人は、原則として法定代理人とします。ただし、やむを得ない事情がある場合には正当な代理人による同意が可能な場合があります。任意代理人による申請は、同意書に添えて委任状と本人確認書類の提出が必要です。事前に地域医療連携室までご連絡をお願いします。

※2 閲覧する診療科や閲覧者を指定する場合、診療科及び閲覧者の確認ができない場合については、患者情報の開示を行えません。

説明者記入欄			
施設名		(薬局の場合) レセプトコンピューターで の患者識別番号	
説明担当者名	上記患者に説明文書を交付し、本人及び代理人の確認をしたうえで、説明をおこないました。		

※参加施設にて同意を取得した場合は、1部をご本人へお渡しください。

原本は市立豊中病院 地域医療連携室へお送りください。

〈提出先〉市立豊中病院 地域医療連携室			
〒560-8565 豊中市柴原町 4-14-1 TEL 06-6858-3597 FAX 06-6858-3555			

【事務局取扱欄】 受理日： 年 月 日 登録日 年 月 日