

さどひまわりネット
患者情報の提供に関する同意内容変更届

佐渡地域医療連携推進協議会 殿

私は貴協議会とさどひまわりネット参加施設との間およびさどひまわりネット参加施設間において、私の患者情報が私の受ける医療介護福祉サービスに活用されることに同意していましたが、この同意内容を変更します。

<同意者記入欄> ◆変更のある項目だけでなく、全ての欄にご記入ください。

(必須項目)	記入日	令和	年	月	日
フリガナ:	_____				
○同意者:	姓: _____ (旧姓: _____)	名: _____	○性別: 男・女		
○生年月日:	明・大・昭・平・令	年	月	日	
○住所:	佐渡市_____				
○電話番号:	0259 - _____ - _____				
○共有除外施設および情報アップロード除外施設(※1): 設定を <input type="checkbox"/> 希望しない・ <input type="checkbox"/> 希望する(※2)					
※1 チェックのない場合は、「設定を希望しない」ものとして扱わせていただきます。					
※2 「設定を希望する」場合は別紙「共有除外施設および情報アップロード除外施設 設定申請届」の提出が必要です。 提出のない場合は、「設定を希望しない」ものとして扱わせていただきます。					
(代理者記載の場合(※3): 代理者氏名 _____ 続柄: _____)					
※3 未成年の場合は必ず保護者の同意を得てください。					
(任意項目)					
○診察券番号(※4):	No. _____	(施設名: _____)			
※4 かかりつけの病院・医科診療所・歯科診療所があれば、その医療機関の診察券番号を記入してください。					

<受領施設記入欄>

○連携ID:	No. _____	受領日	令和	年	月	日
○施設名:	_____					
○患者番号:	No. _____	(自施設・その他施設(施設名: _____))				

◆受領施設の方へ: コピーを取り、1部を患者さんの控えとしてお渡しく下さい。

<協議会使用欄>

--

記入例

さどひまわりネット 患者情報の提供に関する同意内容変更届

佐渡地域医療連携推進協議会 殿

私は貴協議会とさどひまわりネット参加施設との間およびさどひまわりネット参加施設間において、私の患者情報が私の受ける医療介護福祉サービスに活用されることに同意していましたが、この同意内容を変更します。

<同意者記入欄> ◆変更のある項目だけでなく、全ての欄にご記入ください。

(必須項目)	記入日	令和	1	年	5	月	1	日	
フリガナ:	サド	トキコ							
○同意者:	姓:	佐渡	(旧姓:)	名:	とき子	○性別:	男	女	
○生年月日:	明・大	昭	平・令	63	年	8	月	29	日
○住所:	佐渡市	八幡	〇〇-〇〇						
○電話番号:	0259	-	〇〇	-	〇〇〇〇				
○共有除外施設および情報アップロード除外施設(※1): 設定を <input type="checkbox"/> 希望しない・ <input type="checkbox"/> 希望する(※2)									
※1 チェックのない場合は、「設定を希望しない」ものとして扱わせていただきます。									
※2 「設定を希望する」場合は別紙「共有除外施設および情報アップロード除外施設 設定申請届」の提出が必要です。 提出のない場合は、「設定を希望しない」ものとして扱わせていただきます。									
(代理者記載の場合(※3): 代理者氏名 _____ 続柄: _____)									
※3 未成年の場合は必ず保護者の同意を得てください。									
(任意項目)									
○診察券番号(※4):	No.							(施設名: _____)	
※4 かかりつけの病院・医科診療所・歯科診療所があれば、その医療機関の診察券番号を記入してください。									

<受領施設記入欄>

○連携ID:	No.	受領日	令和	年	月	日
○施設名:	_____					
○患者番号:	No.	(自施設・その他施設(施設名: _____))				

◆受領施設の方へ: コピーを取り、1部を患者さんの控えとしてお渡しく下さい。

<協議会使用欄>

連携ID、患者番号 は記入不要です