

さどひまわりネット
患者情報の提供に関する同意書

佐渡地域医療連携推進協議会 殿

私はさどひまわりネットに関する説明、説明文書および患者情報取扱い規約の交付を受け、その目的および利用方法とそれに伴う個人情報の取扱いを理解し内容につき承諾しましたので、貴協議会とさどひまわりネット参加施設（別紙「佐渡島内さどひまわりネット参加医療施設・介護施設一覧」に参加施設として記載された施設を指し、さどひまわりネットに今後参加する施設を含む）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ます。

<同意者記入欄>

(必須項目)	記入日	令和	年	月	日
フリガナ: _____					
○同意者: 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>

	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: _____))

<協議会使用欄>

--

控えは患者さん自身で管理してください。

さどひまわりネット
患者情報の提供に関する同意書

佐渡地域医療連携推進協議会 殿

私はさどひまわりネットに関する説明、説明文書および患者情報取扱い規約の交付を受け、その目的および利用方法とそれに伴う個人情報の取扱いを理解し内容につき承諾しましたので、貴協議会とさどひまわりネット参加施設（別紙「佐渡島内さどひまわりネット参加医療施設・介護施設一覧」に参加施設として記載された施設を指し、さどひまわりネットに今後参加する施設を含む）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ます。

<同意者記入欄>

(必須項目)	記入日	令和 元年 06 月 01 日	
フリガナ:	サド	トキコ	
○同意者:	姓: 佐渡	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 checked="" 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」を提出しない場合は、「設定を希望しない」ものとして扱われます。			
(代理者記載の場合(※3):)	代理者氏名	「この施設には情報を見せたくない」「この施設での情報は見せたくない」という施設がなければ、「希望しない」に✓を記入してください	
※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>

	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:))			

<協議会使用欄>

--

控えは患者さん自身で管理してください。