置賜地域医療情報ネットワークシステム利用同意書

私は、置賜地域医療情報ネットワークシステムに関する説明、並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の医療情報が共同診療に活用されることについて、下記のとおり同意します。

記

1　医療情報を共同診療に利用できる開示期間は、利用の同意があった日から５年間とすること。ただし、開示期間中に医療情報の利用があった場合は、当該日から５年間とすること。

2　患者本人(未成年者の場合はその保護者、病状等により患者からの署名が困難な場合は同意した際の代理人)から利用中止の申し出があった場合は、直ちに利用が停止されること。

※この同意を撤回したい場合は、利用同意書を提出した医療機関等に「撤回届出書」を提出願います。

＜患者様記載欄＞

令和　　年　　月　　日

フリガナ

患者氏名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男　・　女

生年月日　：　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

他の施設での同意書作成歴　：　なし　・　あり

（代理人記載の場合）代理人氏名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

＜紹介元記載欄＞　※確実な患者様の確認のために「患者 ID 番号」を記載してください。

説明担当者：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介元施設名：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿TEL 番号：　＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX 番号：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者 ID 番号：　＿＿＿＿＿＿＿＿

【連携希望施設】

□置賜広域病院企業団　(ID:　　)　□小国町立病院(ID:　　)

□米沢市立病院　(ID:　　)　□三友堂病院(ID:　　)

□白鷹町立病院　(ID:　　)　□公立高畠病院(ID:　　)

□おきたまﾌﾗﾜｰｸﾘﾆｯｸ(ID:　　)

□山形県立中央病院　(ID:　　)　□山形大学医学部附属病院(ID:　　)

□＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(ID：＿＿＿＿＿＿＿＿)

□情報参照施設名　①：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(ID：＿＿＿＿＿＿＿＿)

②：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(ID：＿＿＿＿＿＿＿＿)

【Viewer からの DICOM 画像ファイルのダウンロード】

□DICOM 画像ファイルのダウンロードはいたしません。

原本は、情報提供施設へ FAX 後、同意を得た施設が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人等へお渡しください。

2024.12 改定